CHAPITRE 5

Vie associative et syndicale

Les premiers regroupements de pharmaciens d'hôpitaux émergent au Québec au milieu du XXe siècle, et dès le début des années 1960, leur développement sera entravé par des divergences linguistiques et syndicales qui marquent les premières années de leur existence. Divisés d'abord entre francophones et anglophones, les pharmaciens d'hôpitaux vont s'opposer, au milieu des années 1960, sur la question syndicale. Même lorsque les pharmaciens d'hôpitaux sont regroupés en syndicat professionnel — une première au Canada —, l'unité entre ces professionnels est difficile à obtenir, que ce soit parce que l'adhésion au regroupement demeure volontaire pendant plusieurs années, ce qui crée deux groupes de pharmaciens dans les hôpitaux — les membres et les non-membres — ou encore, en raison de la persistance de la partie patronale à distinguer le pharmacien en chef, qui est un cadre, du pharmacien licencié non cadre. Ces dissensions ont des répercussions pendant plus de 20 ans sur le développement de l'A.P.E.S. La difficile reconnaissance du groupe en tant que représentant de tous les pharmaciens des établissements de santé de la province nuit aux efforts de recrutement et par le fait même, se veut un frein considérable au développement, ne serait-ce qu'en raison des moyens financiers limités qui obligent à reconsidérer à plusieurs reprises la stratégie de représentation auprès de la partie patronale.

La conclusion d'une première entente de travail en 1985, qui reconnaît l'A.P.E.S. à titre de représentante de tous les pharmaciens des établissements de santé de la province, marque un point tournant dans l'histoire du regroupement. L'augmentation du nombre de membres et la retenue à la source de la cotisation professionnelle permettent à l'A.P.E.S. de jouir d'une certaine stabilité au point de vue financier, ce qui favorise le développement d'une permanence mieux structurée. L'embauche d'un directeur général à temps plein en 1992, en plus de garantir la continuité dans la tenue des dossiers, marque un virage dans la stratégie de l'A.P.E.S. Dorénavant, l'A.P.E.S. se dote d'objectifs annuels et modifie sa mission pour adopter une stratégie à long terme qui vise une plus grande cohésion dans la défense des intérêts professionnels et des intérêts socio-économiques des membres. Ainsi, l'A.P.E.S. cherche à mettre en valeur le travail des pharmaciens d'établissements de santé autant auprès des professionnels de la santé, du gouvernement que du public, ce qui contribuera au développement professionnel et à une prestation plus structurée de la pharmacie hospitalière dans le réseau de la santé.

Ce chapitre vise à relater les grandes lignes de ce développement en s'attardant d'abord à l'évolution des structures de l'A.P.E.S., c'est-à-dire l'évolution des missions et des différentes constituantes telles les comités ou la permanence. Le financement, le recrutement et le développement d'une stratégie de communications avec les membres et avec les partenaires sont aussi analysés. Les autres aspects sont traités d'après les deux grands volets de la mission de l'A.P.E.S. : la défense des intérêts professionnels et la défense des intérêts économiques. Alors que la première section fait un survol des principaux dossiers traités par l'A.P.E.S., la seconde relate les faits marquants des négociations syndicales.

L'AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS

Au début du XXe siècle, moins de la moitié des hôpitaux américains ont recours à un pharmacien et jusque dans les années 1930, environ les trois-quarts des hôpitaux de moins de 150 lits n'emploient toujours pas de pharmacien à temps plein. Beaucoup d'établissements font même appel à des étudiants en médecine ou à des infirmières pour prendre en charge le service de pharmacie, ou encore, ont recours à des pharmaciens communautaires localisés à proximité de l'hôpital pour remplir les prescriptions. À l'époque, tout le prestige de la profession repose sur le pharmacien communautaire dont le statut de professionnel et de propriétaire lui vaut une certaine notoriété au sein de la population[1].

Dans les années 1920, les pharmaciens d'hôpitaux profitent indirectement de la prohibition puisque les hôpitaux sont désormais obligés de les embaucher pour contrôler l'inventaire d'alcool et voir à la préparation de médicaments à base d'alcool. Alors qu'à l'époque, les médicaments manufacturés par l'industrie pharmaceutique font leur percée dans les pharmacies communautaires, la pratique des pharmaciens d'hôpitaux se distingue par le grand nombre de préparations magistrales qui y sont encore faites, surtout par souci d'économie de la part des administrations hospitalières. Les pharmaciens d'hôpitaux sont aussi

de plus en plus appelés à répondre aux questions des médecins sur les médicaments sur le marché. Malgré le fait que la pratique en établissement requière des connaissances parfois plus pointues que dans le secteur communautaire, il reste que les salaires sont nettement inférieurs à ceux du secteur privé[2].

Les pharmaciens d'hôpitaux ressentent dès lors le besoin de partager leurs connaissances et expériences et ils utilisent les outils mis à leur disposition par l'American Pharmaceutical Association (APhA) pour mettre en valeur leur apport dans les hôpitaux. Même si un premier groupe de pharmaciens d'hôpitaux est constitué en 1925, l'Hospital Pharmacists Association of Southern California, ce n'est qu'en 1937 que l'APhA reconnaît le secteur hospitalier en formant un sous-comité dédié à la pharmacie hospitalière, à partir duquel naît l'American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) en 1942. Regroupant les pharmaciens qui exercent en hôpital, en clinique médicale ou autres établissements depuis au moins un an, cette nouvelle association a pour but d'établir des normes pour les services pharmaceutiques afin de protéger le public, ainsi que des normes pour les programmes de résidence en pharmacie d'hôpital. Elle entend aussi faciliter les échanges entre ses membres et travailler avec le corps médical pour faire la promotion d'une utilisation rationnelle des médicaments[3]. Au fil des ans, l'ASHP a grandement contribué à l'avancement de la profession, que ce soit en servant de véhicule pour exprimer les aspirations de ses membres ou en créant une multitude de ressources pour aider à la mise en place et au développement de la pharmacie d'hôpital[4].

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES PHARMACIENS D'HÔPITAUX (SCPH)

L'évolution des hôpitaux et le développement graduel de normes concernant la pratique en pharmacie d'hôpital dans les années 1930 font naître chez les pharmaciens d'hôpitaux canadiens le besoin de partager leur expertise au sein de regroupements spécifiques. La Northern Alberta Hospital Pharmacists Association (NAHPA) est la première organisation de pharmacie hospitalière à voir le jour au pays en 1939[5]. Il faut attendre 1948 pour assister à la naissance d'une association pancanadienne, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, laquelle vise à promouvoir les intérêts des pharmaciens d'hôpitaux, à fournir les renseignements nécessaires à ses membres et à diffuser les normes de pratique. Dès 1948, plusieurs associations provinciales se joignent au regroupement national, dont le Québec en 1951 où G. Létourneau est élu président[6].

Au fil des ans, la SCPH se dote de structures organisationnelles qui contribuent à son essor. En plus d'établir un premier bureau permanent dans les locaux de la Canadian Pharmaceutical Association (CPhA) à Toronto en 1966, l'Association forme graduellement une équipe permanente et embauche une première directrice générale, Donna Shaw, qui occupe le poste de 1974 à 1988. Pendant cette période, les effectifs de la SCPH passent de 568 à près de 2000 membres. En 1980, le siège social de la SCPH est déménagé dans les locaux du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) et de la Canadian Foundation for Pharmacy, avant de s'établir à Ottawa en 1991.

La SCPH contribue au développement de lignes directrices sur une foule de sujets (p. ex. : revues d'utilisation des médicaments, préparations stériles et non stériles, essais cliniques dans les établissements de santé, etc.) et publie des énoncés sur des sujets d'actualité, notamment sur l'introduction du diplôme de Pharm.D. au 1er cycle, le rôle des assistants techniques ou le droit de prescrire des pharmaciens. La SCPH favorise aussi le développement professionnel de ses membres en mettant sur pied diverses activités de formation continue, dont les *Summer Educational Sessions* (auparavant *Annual General Meeting*) et le *Professional Practice Conference* (PPC). De plus, l'Association publie sa propre revue depuis 1948. Initialement appelée *Bulletin of the Society of Hospital Pharmacist*, la revue prend par la suite le nom de *Hospital Pharmacist* avant d'être désignée sous le nom de *Journal canadien de la pharmacie hospitalière* depuis 1969[7].

DÉVELOPPEMENT ET ESSOR DE L'A.P.E.S.

L'histoire de l'A.P.E.S. passe par le développement de structures visant à soutenir la défense des intérêts professionnels et économiques des pharmaciens hospitaliers. Ce désir d'expansion est toutefois freiné par la non-représentativité, la difficulté de mobiliser les membres, les effectifs limités et l'absence de permanence. L'A.P.E.S. prend véritablement son essor avec un premier protocole d'entente puis une première entente de travail, relevant les principaux défis de toute association professionnelle : finances, visibilité, communication et gouvernance.

Les origines : de l'APHPQ à l'A.P.E.S.

De 1961 à 1973, l'association regroupant les pharmaciens d'hôpitaux porte trois noms différents. Cette décennie permet de jeter les bases du fonctionnement de l'association qui orienteront son développement dans les décennies suivantes.

LA FONDATION DE L'APHPQ

Jusqu'au début des années 1940, les pharmaciens qualifiés sont plutôt rares dans les hôpitaux du Québec, la distribution et la préparation des médicaments étant le plus souvent confiées à des religieuses ne possédant aucune formation spécifique à la pharmacie ou encore à des diplômés en pharmacie ne détenant pas la licence octroyée par le Collège des pharmaciens. Graduellement, l'émergence de nouveaux médicaments, l'évolution des connaissances scientifiques et le développement de thérapeutiques plus complexes rendent nécessaire l'embauche de pharmaciens dûment qualifiés dans les hôpitaux. Au fur et à mesure que se constitue un groupe de pharmaciens dans les hôpitaux québécois, un sentiment identitaire se développe et fait naître un besoin de s'unir pour favoriser les échanges et partager les expériences.

Après la formation de la section québécoise de la SCPH en 1951, il faut attendre une dizaine d'années avant qu'un nouveau regroupement ne voit le jour au Québec. À ce moment, la SCPH (section québécoise), majoritairement anglophone et représentant principalement des pharmaciens de la région de Montréal, ne fait plus l'unanimité parmi ses membres québécois qui sont plus divisés que jamais au point de vue idéologique et linguistique. Insatisfaits des efforts de la SCPH pour défendre les intérêts des membres québécois[8], déçus de la représentation des régions autres que Montréal au sein de la section québécoise et agacés par l'unilinguisme anglais du regroupement[9], des pharmaciens menés par André Boissinot, chef du Service de pharmacie de l'Hôpital Saint-Sacrement, décident de former une nouvelle association provinciale les représentant plus fidèlement. Après avoir demandé la formation d'une section de la SCPH pour la région de Québec et étant donné l'absence de réponse de la part des dirigeants de la SCPH, ces pharmaciens réunis en assemblée en mai 1961 acceptent à l'unanimité de former une nouvelle association provinciale[10]. Près de deux mois plus tard, soit le 7 juillet 1961, les 57 participants à la réunion de fondation de l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec (APHPQ) adoptent la charte qui a été octroyée en vertu de la *Loi des compagnies du Québec*[11]. L'Association ainsi formée vise principalement à promouvoir les intérêts des pharmaciens d'hôpitaux et à favoriser le développement professionnel de ses membres par l'organisation de journées d'études ou la production de publications diverses.

André Boissinot, premier président de l'APHPQ de 1961 à 1962.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Contrairement à la section québécoise de la SCPH, la nouvelle association est strictement formée de membres francophones évoluant pour la plupart dans des établissements francophones[12]. De plus, si les pharmaciens de la région montréalaise sont majoritaires au sein de la section québécoise de la SCPH, ils ne comptent que pour 20 % des effectifs de la nouvelle association et proviennent presque tous d'établissements francophones.

TABLEAU 26.
Membres présents à la réunion de fondation de l'APHPQ du 7 juillet 1961

Pharmacien	Lieu de travail
Beaudry, Roch (L.Ph.)	Hôpital Saint-Joseph de Rosemont, Montréal
Bélanger, André (B.Ph.)	Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec
Bernier, Ernest (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Boissinot, André (L.Ph.)	Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
Bolduc, Marcel (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Alma
Chevalier, Denise (L.Ph.)	Hôpital général, Saint-Lambert
Cliche, Clément (L.Ph.)	Hôpital Laval, Québec
de l'Étoile, Marcel (L.Ph.)	Hôpital général de Verdun
Desaulniers, Thérèse (L.Ph.)	Hôpital Maisonneuve, Montréal
Duchesne, Théophile (L.Ph.)	Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal
Ferland, Raymonde (L.Ph.)	Hôpital Jean-Talon, Montréal
Filteau, Georges (L.Ph., D.Sc.)	Hôpital Sainte-Foy, Québec
Frère Albert Lapierre, sup. (L.Ph.)	Hôpital Saint-Augustin, Québec
Gagnon, Jean-Louis (B.Ph.)	Hôpital Saint-Sacrement, Québec
Gonthier, Paul-Emile (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Joly, L-Ph. (L.Ph.)	Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec
Labrecque, Roch (étudiant Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Larochelle, Paul (étudiant Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Moreau, Réal (L.Ph.)	Hôpital Saint-Michel, Montréal
Paradis, Richard (L.Ph.)	Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
Raymond, Simone	Hôpital Saint-Ambroise, Loretteville
Sr Agnès-de-Jésus (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Lévis
Sr André-du-Christ (L.Ph.)	Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec
Sr Céline-du-Carmel (L.Ph.)	Hôpital Saint-François d'Assise, Québec
Sr Imelda-des-Anges (L.Ph.)	Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal
Sr Jean-de-la-Croix	Hôtel-Dieu, Lévis
Sr Ladauversière (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Montréal
Sr Leclerc	Hôtel-Dieu, Saint-Hyacinthe
Sr Marie-Cyprien (L.Ph.)	Hôpital Sainte-Justine, Montréal
Sr Marie-de-la-Croix (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Sr Marie-de-la-Résurrection (L.Ph.)	Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal
Sr Marie-de-la-Trinité (L.Ph.)	Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, Montréal
Sr Marie-du-Christ-Roi (L.Ph.)	Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi
Sr Marie-Marthe	Hôpital Sainte-Thèrèse, Shawinigan
Sr Marie-Médiatrice (L.Ph.)	Hôtel-Dieu, Québec
Sr Marie-Rodriguez	Hôpital Comtois, Louiseville
Sr Paul-Henri	Hôpital Sainte-Thérèse, Shawinigan
Sr Paulin-du-Sacré-Cœur (L.Ph.)	Hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières
Sr Pépin	Hôpital général, Sorel
Sr Perrault	Hôpital d'Youville, Sherbrooke
Sr Rose-Aimée Morin	Hôpital Saint-Joseph, Granby
Sr Sainte-Françoise-de-Chantal	Hôpital civique, Québec
Sr Sainte-Marie-Germaine	Hôpital Saint-Joseph, la Malbaie
Sr Sainte-Rita	Hôpital général Saint-Vincent de Paul, Sherbrooke
Sr Saint-Gabriel	Hôpital Saint-Charles, Saint-Hyacinthe
Sr Saint-Zéphirin	Hôpital Laval, Québec
Sr St-Augustin	Hôtel-Dieu, Gaspé
Sr Ste-Élisabeth-de-France	Hôpital Saint-Joseph, Thetford Mines
Sr Ste-Marie-Cyrille	Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
Sr St-Louis-Gabriel	Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec
Sr St-Marcel-de-Jésus (L.Ph.)	Hôtel-Dieu Saint-Vallier, Chicoutimi
Sr St-Olivier (L.Ph.)	Hôpital Saint-François d'Assise, Québec
Sr St-Raynald	Institut Saint-Joseph de la Délivrance, Lévis
Thibault, Jean (L.Ph.)	Hôpital général Saint-Vincent de Paul, Sherbrooke
Tremblay, Raymond (L.Ph.)	Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
Turcotte, Claude (L.Ph.)	Hôtel-Dieu Saint-Michel, Roberval
Valiquet, J.-Ths (L.Ph.)	Jeffery Hale, Québec

Source : Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ, Assemblées générales 1961-1965. Procès-verbal de la première réunion de l'APHPQ, 7 juillet 1961.

Aussi, la composition de l'assemblée fondatrice de l'APHPQ est représentative des effectifs des services de pharmacie dans les hôpitaux du Québec au début des années 1960. Bien que de plus en plus de pharmaciens licenciés soient embauchés, il reste que bon nombre d'entre eux ne détiennent pas la licence en pharmacie. Ces derniers peuvent cependant être détenteurs d'un baccalauréat en pharmacie sans avoir jamais postulé pour obtenir la licence en pharmacie. C'est le cas de certaines religieuses qui font partie de communautés ayant favorisé le perfectionnement de leurs membres tout en ne désignant qu'une candidate pour la licence en pharmacie. Ainsi, à la fondation de l'APHPQ, religieuses et laïques cœxistent reflétant bien le contexte de travail de l'époque. Sur les 57 membres présents à l'assemblée de fondation, plus de la moitié (32) sont des religieuses licenciées ou non. Un peu moins de la moitié d'entre elles (14) sont licenciées alors que parmi les pharmaciens laïcs, seulement 20 % ne possèdent pas de licence en pharmacie. Par ailleurs, tous les pharmaciens de la région de Montréal sont licenciés alors que le taux est plus faible dans les régions, ce qui n'est pas étranger au fait que les hôpitaux universitaires ou de grandes tailles sont plus nombreux dans cette région, en plus d'être plus disposés à se conformer aux normes de pratique voulant qu'un pharmacien licencié occupe le poste de chef de service. Enfin, parmi les 36 femmes présentes, seulement quatre sont des laïques.

TABLEAU 27.
Ventilation des participants à la réunion de fondation de l'APHPQ le 7 juillet 1961

Statuts	Licenciés	Non licenciés	Total
Laïcs	20	5	25
Religieuses	14	18	32
Total	**34**	**23**	**57**

Au cours de cette réunion de fondation, les membres présents procèdent à l'élection du bureau de direction formé de dix administrateurs. Ces derniers ont ensuite procédé à l'élection d'un comité exécutif formé de six d'entre eux pour occuper les postes de président, de vice-présidents, de secrétaire, d'assistant-secrétaire et de trésorier.

TABLEAU 28.
Membres du premier bureau de direction de l'APHPQ élus le 7 juillet 1961

Noms	Postes
André Boissinot	Président
Marcel de l'Étoile	1er vice-président
Sr Marie-Médiatrice	2e vice-présidente
Sr Marie-du-Christ-Roi	Secrétaire
Raymonde Ferland	Assistante-secrétaire
Clément Cliché	Trésorier
Théophile Duchesne	Administrateur
Sr Marie-de-la-Trinité	Administratrice
Georges Filteau	Administrateur
Sr Paulin du Sacré-Cœur	Administratrice

DES DÉBUTS MOUVEMENTÉS

Née des suites d'un conflit entre anglophones et francophones au sein de la branche québécoise de la SCPH, l'APHPQ sera en proie à des divisions internes tout au long de son existence. En effet, les membres demeurent divisés sur une série de questions, que ce soit la présence d'officières non pharmaciennes au sein du groupe, l'orientation de l'Association, l'embauche d'un conseiller juridique ou encore la nature des liens à entretenir avec la SCPH. Les divergences autour de ces sujets vont nuire à l'adoption de règlements permettant de clarifier le fonctionnement de l'APHPQ pendant ses premières années d'existence.

Déjà, la première élection suivant la fondation du regroupement, tenue en septembre 1962, laisse entrevoir des dissensions entre les membres. À ce moment, quatre administrateurs, soit André Boissinot, Marcel de l'Étoile, sœur Marie-Médiatrice et sœur Marie-de-la-Trinité, quittent le bureau de direction pour être remplacés par trois nouveaux venus au sein du bureau de direction, Jean Thibault, Camille Lefebvre et Louis-Philippe Joly[13]. Le nouveau président élu, M. Théophile Duchesne, fait connaître dès le départ ses intentions quant à l'avenir de l'APHPQ :

> En effet, je désire que notre association ne soit pas l'affaire d'une personne, mais bien de tous les membres tant actifs qu'associés à l'échelle provinciale. […] Je crois qu'il faut démocratiser notre groupement et notre pensée. […] Cherchons dans l'unité une

solution à tous nos problèmes qui deviennent de plus en plus pressants. En un mot, rendons démocratique l'APHPQ, celle-ci que des circonstances malheureuses ont rendu monolithique [14].

Les mesures proposées par M. Duchesne visent à favoriser la participation de tous les membres aux activités de l'Association. Le premier moyen de susciter l'intérêt des membres est de faire en sorte que les propositions du bureau de direction ne deviennent des décisions que lorsqu'elles sont sanctionnées par l'assemblée générale. Il préconise aussi la formation de plusieurs comités pour régir les activités et aider le bureau de direction. C'est à partir de ce moment que des comités, dont le comité de conférence, commencent à être formés au sein de l'APHPQ.

Théophile Duchesne, président de l'APHPQ de 1962 à 1964.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

En janvier 1964, le président Duchesne fait à nouveau connaître son plan de match pour l'année qui suit. Tout en sollicitant à nouveau la participation des membres aux différentes activités, il signale son intention d'instaurer la représentation régionale au sein de l'Association en plus d'établir les règlements de l'Association, tel que le prévoit la constitution du groupe, ce qui aura pour effet de normaliser les pratiques au sein du regroupement [15]. Les divergences quant au statut des membres associés sont le principal élément qui complique l'élaboration des règlements de l'Association qui ne seront adoptés qu'en 1965. Ainsi, la définition des catégories de membres a été l'objet de nombreuses discussions au sein de l'APHPQ, marquées par des questions stratégiques liées au recrutement des membres.

En effet, au début des années 1960, les registres du Collège des pharmaciens ne comptent que 48 pharmaciens inscrits affirmant pratiquer dans les hôpitaux [16]. Ce petit groupe est alors représenté par trois regroupements distincts qui se livrent ainsi bataille pour attirer les nouveaux membres dans leurs rangs. Comme le bassin de pharmaciens licenciés œuvrant dans les hôpitaux est relativement restreint, les regroupements doivent utiliser différents subterfuges pour accroître leurs effectifs. Alors qu'à la SCPH, les pharmaciens diplômés à l'extérieur du Québec (souvent d'origine anglophone) sont admis dans le groupe [17], à l'APHPQ ce sont les religieuses officières exerçant dans les services de pharmacie des hôpitaux de la province sans diplôme ou licence en pharmacie qui sont admises au sein du groupe [18]. Ainsi, même si les dirigeants de l'APHPQ souhaitent former un regroupement plus important en taille que la SCPH, ils ne sont pas prêts à confier une grande partie du pouvoir au sein du groupe à des membres non licenciés. Cependant, en limitant l'accès au statut de membre actif aux seuls détenteurs de licences en pharmacie, l'Association limite le nombre de membres potentiels, mais s'assure ainsi que seuls des pharmaciens licenciés aient un pouvoir de décision.

Après quelques discussions, trois catégories de membres sont créées : les membres actifs, les membres associés et les membres honoraires [19]. Si les membres actifs sont définis comme tout pharmacien licencié enregistré auprès du Collège des pharmaciens, la catégorie de membre associé regroupe « toute autre personne travaillant au service de pharmacie », qui a tous les droits et privilèges de la corporation, mais qui n'a pas le droit de vote et ne peut occuper un poste d'officier [20]. Cette solution permettait donc d'accroître significativement les rangs du regroupement sans dénaturer l'Association [21]. Par ailleurs, le bureau de direction se prononce dès novembre 1961 en faveur de l'adoption d'un règlement voulant que les membres associés élisent en assemblée générale une représentante pour siéger au bureau de direction, mais qui n'a pas le droit de vote [22].

Les règlements adoptés au milieu des années 1960 entérinent donc le processus d'élection qui était en vigueur depuis la fondation de l'APHPQ[23]. Les membres actifs élisent les dix membres du bureau de direction lors de l'assemblée annuelle de l'Association. Ces derniers doivent ensuite élire parmi eux cinq officiers, c'est-à-dire un président, deux vice-présidents, un secrétaire et un trésorier, pour former le comité exécutif[24]. Le mandat des officiers est d'une durée d'un an et ils ne peuvent y siéger pendant plus de quatre années consécutives. Le président ne peut, quant à lui, occuper ce poste pendant plus de deux ans. Les deux instances ont des fonctions différentes selon les règlements de l'APHPQ. Alors que le bureau de direction doit formuler les règlements à soumettre aux membres en assemblée générale, choisir les membres honoraires et former des comités, le comité exécutif exerce tous les pouvoirs délégués par le bureau de direction, exécute les décisions prises par ce dernier et régit l'Association entre les assemblées du bureau de direction[25]. Les nouveaux règlements instaurent aussi une structure régionale pour organiser des activités et développer un sentiment d'appartenance. Toutes les régions sont représentées par un membre au bureau de direction, sauf celles de Montréal et de Québec, qui y comptent deux représentants afin d'assurer une représentation proportionnelle au nombre de membres[26].

Cette structure demeure en vigueur jusqu'à la dissolution de l'APHPQ en 1968 et est reprise, avec quelques modifications, lors de la fusion avec la SPPH. La durée du mandat d'un administrateur, qui était de un an, est portée à deux ans, et la moitié des postes arrivant à terme font l'objet d'une nouvelle élection, en alternance aux deux ans. La durée du mandat des officiers du comité exécutif est maintenue à un an, avec possibilité de réélection à chaque année[27]. Par ailleurs, les catégories de membres associés et honoraires sont abolies. La première disparaît probablement en raison de sa désuétude, maintenant que la plupart des officières religieuses se sont éloignées du regroupement devenu un syndicat professionnel[28]. Dorénavant, l'Association ne compte que des membres actifs, c'est-à-dire tout pharmacien licencié œuvrant dans une pharmacie d'hôpital. Cet amendement montre la volonté des dirigeants de faire de l'Association une véritable représentante des pharmaciens et ainsi régulariser sa situation en vue de négociations avec le gouvernement.

ENTRE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE ET LE SYNDICAT : UN CHOIX DÉCHIRANT

Dès les premières années d'existence de l'APHPQ, il devient évident que le mandat de l'Association limite ses pouvoirs quand vient le temps de défendre les intérêts socio-économiques de ses membres. Les échecs répétitifs en vue de bonifier les échelles de salaire des pharmaciens d'hôpitaux ou d'implanter des normes de pratique dans les services de pharmacie font naître des doutes quant à la portée du statut d'association professionnelle. Les membres de l'APHPQ consultent même un avocat pour valider l'étendue du mandat du regroupement. Ce dernier conclut que :

> Les pouvoirs de l'Association consistent principalement à promouvoir les intérêts de la profession et d'aider [sic] les pharmaciens d'hôpitaux en établissant des normes, ou en présentant certains travaux, ou en faisant certaines représentations auprès des autorités constituées. Dans le domaine de l'action toutefois, ces pouvoirs sont limités : elle ne peut que faire des représentations théoriques ; au nom de tous les membres qui en font partie, mais elle ne peut jamais imposer une décision comme s'il s'agissait d'un syndicat professionnel. Si le but à atteindre est précisément d'imposer des contrats de travail, ou d'exercer des revendications, il faudrait que les pharmaciens d'hôpitaux s'incorporent en vertu de la loi des syndicats professionnels[29].

Alors que dans le secteur de la santé la syndicalisation semble une avenue rentable et de plus en plus populaire et efficace, les pharmaciens évaluent eux aussi la possibilité d'utiliser cette voie pour obtenir une meilleure reconnaissance puisque comme le fait remarquer le président de l'APHPQ, Théophile Duchesne, « que nous sert de porter dans les mains un étendard portant le mot professionnel, quand les gens qui vous regardent passer vous apprécient comme des techniciens, lorsqu'il s'agit de vous rémunérer[30] ». La question syndicale fait surgir des dissensions importantes parmi les membres de l'APHPQ. Des pharmaciens de la région de Montréal choisissent finalement de se dissocier de l'APHPQ et de fonder, en septembre 1963, un nouveau regroupement aux visées plus syndicales, la Société professionnelle des pharmaciens d'hôpitaux (SPPH), qui est incorporée selon la *Loi des syndicats professionnels* en janvier 1966[31].

Formée principalement de pharmaciens de la région de Montréal et de laïcs, cette association cherche à représenter tous les pharmaciens d'hôpitaux auprès des autorités gouvernementales. Ainsi, la volonté de la SPPH d'inclure dans sa charte d'incorporation plusieurs articles tels l'admission de pharmaciens non licenciés parmi le groupe ou le droit de revendication au nom de tous les pharmaciens d'hôpitaux, exacerbe les tensions avec l'APHPQ qui y voit une menace à sa survie.

L'arrivée d'un regroupement à caractère syndical suscite de nombreux débats entre membres et représentants des associations de pharmaciens d'hôpitaux. Le président de l'APHPQ en 1964, Pierre-André Deniger, incite d'ailleurs ses membres à garder l'esprit ouvert :

> Je crois que nous faisons erreur, et une erreur grave si au lieu de nous défendre nous continuons de nous renfrogner, de nous isoler dans une tour d'ivoire et gémir. Unissons-nous avec tous les pharmaciens et nous pourrons soutenir notre cause avec la force du nombre. Notre association professionnelle n'aurait-elle pas du coup la majorité des pharmaciens d'hôpitaux dans ses rangs ? Si nous nous chicanons pour des riens nous seront [sic] tenus à l'écart et nous dépérirons. En nous divisant nous faisons le jeu de tous les autres. Le temps DES POLITIQUES NÉGATIVES EST PASSÉ, ET NOTRE ASSOCIATION DOIT ÊTRE TRÈS BIEN DISPOSÉE POUR LE DIALOGUE[32].

Pierre-André Deniger, président de l'APHPQ de 1964 à 1966.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Un groupe de pharmaciens de l'Hôpital Notre-Dame organise aussi un colloque qui a pour but de « vider la question du syndicat professionnel à fond au lieu d'en parler à tort et à travers. Fini l'obscurantisme sur ce sujet tabou, les réunions en cachette, les conversations à demi-voix, l'apanage d'un petit groupe supposément initié[33] ». Les membres de tous les regroupements de pharmaciens, sans discrimination, sont invités à ce colloque qui permet, en présentant un portrait unifié de ces professionnels, de redorer leur image et de contribuer à la reconnaissance de leur statut professionnel[34].

Jean Thibault, président de l'APHPQ, puis de la SPPH, de 1966 à 1968.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Peu nombreux et mal organisés, les pharmaciens d'hôpitaux sont donc répartis entre trois organismes différents au milieu des années 1960 — APHPQ, SPPH et section québécoise de la SCPH —, ce qui nuit considérablement à leur représentation. Des pourparlers sont donc entamés à compter de 1967 en vue d'unifier les pharmaciens d'hôpitaux québécois. Après quatre réunions entre les chefs des trois regroupements — Nathan Fox de la SCPH, André Lemieux de la SPPH et Jean Thibault de l'APHPQ —, les représentants de l'APHPQ conviennent, en septembre 1967, d'abandonner leur statut juridique (troisième partie de la *Loi des compagnies*) pour adopter celui de la SPPH et ainsi devenir un syndicat professionnel. La SCPH consent, pour sa part, à ne camper qu'un rôle scientifique[35]. Après étude de la nouvelle charte syndicale, l'exécutif de l'APHPQ présente la nouvelle constitution à ses membres lors de l'assemblée générale du 21 octobre 1967. Ces derniers acceptent, par une voix de majorité[36], que l'Association soit dissoute et que les fonds soient transférés au nouveau regroupement qui conserve le nom de SPPH. La nouvelle association, qui tient sa première réunion le 30 mars

1968, adopte une nouvelle constitution qui en fait un syndicat professionnel dont l'un des mandats est la négociation et l'application d'une entente collective[37].

Georges Elliott, président de la SPPH de 1968 à 1970.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Après la mise en place du régime universel de santé, la SPPH modifie son nom pour l'adapter à la nouvelle nomenclature en vigueur dans le réseau. Ainsi, le 10 juillet 1973, le changement de nom de SPPH pour Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est sanctionné par le ministre des Institutions financières, compagnies et coopératives[38]. Ce changement s'imbrique dans l'évolution du système de santé et marque bien la volonté des dirigeants de faire de l'A.P.E.S. l'association représentative des pharmaciens de tout le réseau de la santé, autant dans les hôpitaux que dans les centres d'accueil et dans tout autre établissement du réseau de la santé où la présence du pharmacien peut être nécessaire.

MOBILISATION DES MEMBRES ET DÉFENSE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'idée du président Duchesne de former des comités pour favoriser la participation des membres aux activités de l'APHPQ et ainsi démocratiser le mode de fonctionnement du regroupement, est reprise dans les projets de règlements qui sont conçus au début des années 1960. Ces derniers indiquent que le bureau de direction « peut constituer tout comité qu'il juge utile à l'Association, en nommer les membres, et en déterminer les fonctions. Ces comités formés doivent répondre directement au bureau de direction[39] ». Les premiers projets de règlements font mention de deux catégories de comités : les comités permanents et les comités temporaires ou spéciaux. Les premiers visent à assurer le fonctionnement normal de l'APHPQ, alors que les seconds servent à l'étude d'une question particulière. Ils demeurent actifs seulement tant et aussi longtemps que leur travail est jugé nécessaire. Tous ces comités doivent être formés d'un membre du bureau de direction, d'un membre actif et d'un membre associé[40]. Ainsi, outre les comités de règlements de créances, de conférences, d'information pharmaceutique, l'APHPQ forme aussi des comités pour établir des normes en pharmacie hospitalière qui vont être présentées au gouvernement ou encore, pour étudier la question des médicaments en essai clinique[41].

Même si des comités sont mis sur pied au sein de l'APHPQ à compter de 1962 pour aider les administrateurs dans leurs tâches, force est de constater, deux ans plus tard, que ce geste a eu peu d'impact sur le taux de participation des membres aux activités du regroupement, et le travail est toujours inégalement réparti entre les membres et les administrateurs. Un administrateur réitère la nécessité d'accroître la participation des membres :

> Nous croyons, et avec raison je crois, que par le passé nous avons trop compté sur les présidents, les exécutifs et les Bureau [sic] de Direction. […] Afin de multiplier les forces, d'accélérer le travail et être en mesure de profiter des travaux d'études faits par et pour l'Association nous avons pensé réorganiser et répartir le travail. Il faudrait que chacun des membres, au sein des Comités divers qui seront formés, mette à contribution sa bonne volonté et son intelligence. Il est normal de se demander ce que l'Association a fait pour nous, de se demander à quoi sert l'Association, de vouloir tout lâcher pour n'avoir pas reçu ce que l'on désirait ; mais il est d'autres questions que les membres devraient se demander aussi souvent : QU'AI-JE FAIT POUR L'ASSOCIATION… sinon que d'avoir payé la cotisation, d'avoir assisté passivement à une ou plusieurs réunions, et souvent d'avoir critiqué à tort et à raison[42].

Un commentaire tenu en 1964 par le président de l'APHPQ, Pierre-André Deniger, laisse toutefois entendre que la structure des comités est plus ou moins efficace et que la durée de vie de certains d'entre eux est relativement brève. En s'adressant aux membres lors d'une assemblée générale, le président rappelle qu'il « nous faut des comités d'étude.

Des comités nombreux et variés. Pas des comités mort-nés, étouffés dans l'œuf[43]. » Ces tentatives pour attirer un plus grand nombre de membres dans les différents comités demeurent vaines, et il semble que l'intérêt des pharmaciens pour les activités des comités demeure tiède.

Jusqu'à la dissolution de l'APHPQ en 1968, plus d'une dizaine de comités sont formés, autant pour assurer le fonctionnement interne de l'Association que pour défendre les intérêts professionnels des membres auprès de diverses associations ou instances gouvernementales. Ainsi, outre les comités de règlements de créances, de conférences, d'information pharmaceutique, l'APHPQ forme aussi des comités pour établir des normes en pharmacie hospitalière qui vont être présentées au gouvernement ou encore, pour étudier la question des médicaments en essai clinique. Un comité des officières est aussi formé en 1962 pour donner une certaine visibilité à ces dernières dans les structures de l'Association[44].

EFFECTIFS ET RECRUTEMENT DES MEMBRES

À sa fondation, l'APHPQ compte un total de 102 membres, dont 54 membres actifs et 48 membres associés. Un an plus tard, les effectifs grimpent à 134 membres, dont 74 membres actifs et 60 membres associés, répartis dans 78 hôpitaux[45]. Étant donné que l'adhésion à l'Association est volontaire, les dirigeants doivent redoubler d'efforts pour recruter des membres. Dès la fondation de l'APHPQ, un comité de créances, qui devient le comité d'admission en 1966, puis le comité de recrutement en 1968, est mis sur pied pour développer des stratégies de recrutement. Ne disposant pas des moyens financiers pour publiciser l'existence de l'Association dans le milieu hospitalier, le recrutement de membres doit se faire dans les débuts de l'Association par contacts personnels, tous les nouveaux membres devant être appuyés par un membre en règle. Une première tentative de recrutement à large échelle est faite en 1966 avec l'envoi à tous les pharmaciens d'hôpitaux et étudiants d'une lettre illustrant les bénéfices de l'adhésion à l'Association.

LES OUTILS DE COMMUNICATION

Très rapidement, les dirigeants de l'APHPQ reconnaissent la nécessité de développer des outils pour faciliter la communication avec les membres qui se répartissent sur tout le territoire de la province. Bien que le souci de faciliter les échanges entre membres et de leur transmettre les informations concernant les négociations ou tout autre dossier soit toujours présent, la volonté de se faire connaître par les autres professionnels, ainsi que par le public, occupe aussi les pensées des dirigeants et amène l'A.P.E.S. à s'investir dans le développement des relations publiques.

Les communications au sein de l'A.P.E.S. se développent selon deux grands axes, soit les communications à l'interne, impliquant les échanges avec les membres, et les communications à l'externe qui assurent une plus grande visibilité de l'Association auprès du public, mais aussi auprès d'autres organismes gouvernementaux. Étant donné la petite taille de l'Association jusque dans les années 1970, les dirigeants concentrent surtout leurs efforts à améliorer les communications internes. Même si la formation d'un comité de relations extérieures est discutée très rapidement au sein de l'APHPQ, il est décidé de mettre ce projet en veilleuse jusqu'à ce que la croissance de l'Association ne rende un tel comité indispensable. Il est plutôt convenu d'améliorer la communication avec les membres. Dès 1965, un comité d'information est mis sur pied pour faire le lien entre les membres et faire circuler les nouvelles concernant les activités prenant place dans les services de pharmacie de la province[46]. Ce comité semble éprouver des difficultés à amasser la documentation nécessaire à la réalisation de son mandat, et son fonctionnement reste saccadé pendant plusieurs années. Après avoir été apparemment aboli, le comité renaît en 1970 et devient responsable des communications entre les membres, et surtout, de la publication du *Bulletin d'information*, qui a vu le jour en 1969.

Avoir les moyens de ses ambitions ou les ambitions de ses moyens ? Une question au cœur du développement de l'A.P.E.S.

Depuis la disparition de l'APHPQ en 1968 et jusqu'à la signature d'une première entente de travail en 1985, le développement de l'A.P.E.S. est caractérisé par une difficulté à concilier les ambitions du regroupement avec les moyens à sa disposition pour atteindre ses nombreux objectifs, dont le principal est la conclusion d'une entente de travail pour tous les pharmaciens d'établissements de santé de la province. Disposant d'un bassin de membres potentiels réduit, l'Association choisit de vivre avec des revenus

restreints afin de limiter le fardeau financier des membres et demeurer accessible au plus grand nombre de pharmaciens d'établissements de santé. Par ailleurs, la conclusion d'un protocole d'entente marque l'amorce d'une croissance de l'A.P.E.S. qui culminera au milieu des années 1980.

LE RECRUTEMENT DES MEMBRES : LA PIERRE ANGULAIRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ASSOCIATION

Après la fusion de l'APHPQ et de la SPPH, seuls les pharmaciens licenciés œuvrant dans les établissements de santé, dont le nombre peut être estimé à près de 300 au tournant des années 1970, sont admis dans les rangs du regroupement. Ainsi, alors que l'APHPQ compte 162 membres, dont 105 pharmaciens licenciés, quelques mois avant sa dissolution, la SPPH ne compte que 112 membres lors de la fusion des deux associations en mars 1968[47].

Lorsque la SPPH devient un syndicat professionnel, le recrutement de nouveaux membres devient crucial pour assurer la reconnaissance de l'Association auprès des autorités gouvernementales. Pour ce faire, il leur importe de réunir le plus grand nombre de pharmaciens pratiquant dans les hôpitaux au sein du regroupement. Or, jusqu'en 1976, l'adhésion à l'Association demeure volontaire. Ainsi, alors qu'on dénombre approximativement 300 pharmaciens dans les hôpitaux de la province en 1970, moins de la moitié sont membres de la SPPH en 1971[48].

Yves Courchesne, président de la SPPH de 1970 à 1973.

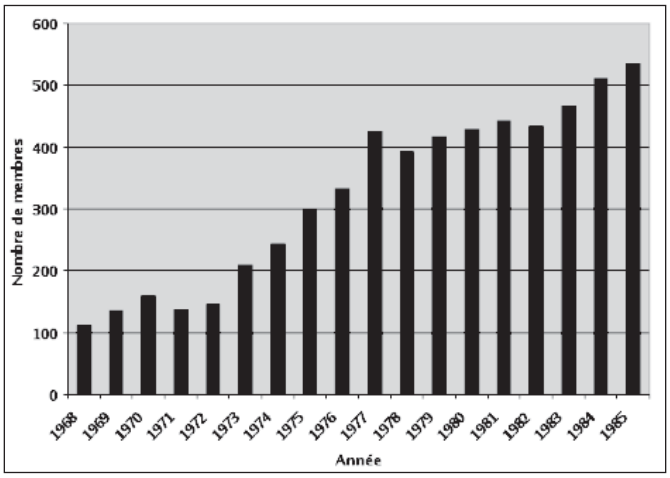
Source : Archives de l'A.P.E.S.

Par ailleurs, si les pharmaciens québécois se sont regroupés au sein d'une association provinciale, la SCPH demeure toujours active dans la province et peut représenter une option intéressante pour les pharmaciens de langue anglaise. Ces derniers, qui auraient pu se sentir exclus de l'APHPQ et de la SPPH en raison de leur caractère francophone, adhèrent difficilement à l'Association, encore au début des années 1970. En outre, les membres de la SPPH réunis en assemblée générale en 1971 ont refusé, par un vote majoritaire, l'accès à cette rencontre aux pharmaciens diplômés à l'étranger[49]. Ces éléments entretiennent certes le ressentiment envers la SPPH et nuisent au recrutement, particulièrement dans la région de Montréal où les pharmaciens diplômés à l'étranger et anglophones sont plus nombreux. Donc, bien que 68 pharmaciens fassent partie de la SPPH, on dénombre tout de même 94 non-membres en 1972 dans la région de Montréal[50].

Les administrateurs de l'Association doivent donc redoubler d'efforts pour accroître la représentativité du groupe, et par le fait même, sa légitimité auprès de la partie patronale. Ne disposant pas des moyens financiers nécessaires pour lancer une campagne de recrutement à l'échelle provinciale, les dirigeants de l'Association confient plutôt au comité de recrutement le mandat de contacter les non-membres en leur envoyant un formulaire d'adhésion et le *Bulletin d'information*, en plus d'entrer en contact avec tous ceux qui n'ont pas renouvelé leur abonnement. En 1969, le comité de recrutement choisit de contacter personnellement les pharmaciens d'hôpitaux n'ayant jamais été inscrits aux registres de l'Association au moyen d'une lettre et par l'envoi du *Bulletin d'information.* L'année suivante, l'objectif est de lancer une campagne de recrutement intensive dans toute la province afin de contacter, soit personnellement, soit par écrit, tous les pharmaciens d'hôpitaux. Face à l'ampleur de la tâche, les administrateurs sollicitent aussi la contribution de chacun des membres qui « devrait essayer de convaincre le confrère qui n'est pas encore membre de la nécessité que l'Association soit représentative de la totalité des pharmaciens travaillant dans le milieu des établissements de santé[51] ».

En 1973, les règlements de l'A.P.E.S. sont amendés pour définir plus précisément les critères afin de devenir membre de l'Association et se conformer aux changements législatifs qui font disparaître des registres le titre d'assistant-pharmacien. Ainsi, est admis comme membre « sur demande à cette fin, tout pharmacien au sens de la loi de pharmacie du Québec, pratiquant dans un établissement de santé du Québec et qui a payé les cotisations prévues par cette loi[52] ».

FIGURE 1.
Évolution du nombre de membres de l'A.P.E.S. de 1968 à 1985



Source : Archives de l'A.P.E.S.

Entre 1973 et 1975, les efforts des dirigeants permettent de recruter une cinquantaine de membres. L'A.P.E.S. compte environ 300 membres, soit plus de 85 % des pharmaciens pratiquant dans les hôpitaux à ce moment[53]. La croissance des effectifs donne une certaine légitimité à l'A.P.E.S. face à la partie patronale. Les négociations amorcées au début des années 1970 mènent à la signature d'un protocole d'entente qui permet d'envisager une augmentation régulière des effectifs. Or, ce protocole ne s'applique pas nécessairement à tous les pharmaciens de tous les établissements de santé, mais seulement à ceux dont l'établissement d'attache a confié le mandat de négocier à l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). De plus, malgré l'existence de ce protocole, ce ne sont pas tous les établissements qui y adhèrent. Enfin, même si un pharmacien est lié au protocole d'entente, il doit tout de même faire une demande d'adhésion à l'A.P.E.S. pour devenir membre. Ainsi, jusqu'en 1985, les effectifs augmentent de près de 200 membres, pour franchir le cap de 500 membres en 1984.

L'intégration des résidents en pharmacie au sein de l'Association est discutée à plusieurs reprises au fil des années 1970 comme une avenue à considérer pour accroître les effectifs de l'Association. Étant donné l'intérêt manifesté par ces derniers pour le secteur hospitalier et la forte possibilité que ceux-ci deviennent des membres potentiels de l'Association, les administrateurs consentent à leur accorder certains privilèges, même s'ils ne peuvent faire partie du regroupement, le statut de membre étant réservé aux pharmaciens pratiquant dans les établissements de santé. En 1971, les dirigeants offrent donc de diminuer la cotisation des résidents en échange de la présentation d'un travail à la SPPH sur la pharmacie hospitalière[54]. L'accès au *Bulletin d'information* pour tous les membres devient un argument de taille pour attirer les résidents au sein du regroupement, étant donné que cette publication constitue souvent le seul lieu d'affichage des offres d'emploi en pharmacie hospitalière[55].

À la fin de la décennie 1970, la conclusion du protocole d'entente, auquel la partie patronale refuse d'inclure les résidents, provoque un conflit entre résidents et dirigeants de l'A.P.E.S. qui persiste jusqu'au début des années 1980. Les échanges s'enveniment entre les deux groupes dès 1978, soit à partir du moment où l'A.P.E.S. décide de ne plus admettre les résidents dans ses rangs, privant ainsi ces derniers de tous les privilèges dont ils bénéficiaient, tels l'abonnement au *Bulletin d'information* et la possibilité de participer aux journées d'éducation permanente[56]. Une série de tractations s'amorce entre résidents et administrateurs de l'A.P.E.S. afin de convenir d'une façon de permettre aux résidents de bénéficier malgré tout de certains services. Conscients de la nécessité d'entretenir des relations cordiales avec les résidents, qui sont appelés à devenir de futurs membres de l'Association, les administrateurs y vont de plusieurs propositions au fil des ans, tels la possibilité de bénéficier des mêmes tarifs que les membres pour la participation aux journées d'éducation permanente et aux journées pharmaceutiques l'abonnement au *Bulletin d'information* à un tarif préférentiel ou la participation sans frais à ces mêmes journées lorsque le résident présente une affiche lors de la séance d'affichage[57].

Le conflit avec les résidents fait prendre conscience de la nécessité de mettre à jour les statuts de l'Association pour y intégrer de nouvelles catégories de membres, tels les résidents, les pharmaciennes en congé de maternité, les pharmaciens œuvrant à temps partiel et les diplômés en pharmacie hospitalière qui ont quitté le milieu ou qui n'ont pu y trouver un emploi. Une réflexion s'amorce donc dès 1982 pour évaluer la possibilité d'admettre ces candidats dans les rangs de l'A.P.E.S.[58].

Le projet de modification des statuts de l'A.P.E.S. est approuvé par le conseil d'administration en septembre 1982[59]. Deux catégories de membres, celles de membre associé et de membre honoraire sont recréées à cette occasion. En se dotant d'une catégorie de membre associé, l'A.P.E.S. peut désormais accepter dans ses rangs les résidents en pharmacie ainsi que tout pharmacien travaillant ailleurs que dans les établissements de santé. Ce statut leur permet, moyennant une cotisation, de participer aux activités de l'A.P.E.S. au même tarif que les membres actifs, de recevoir le *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* ainsi que le bottin des membres. Ils ne peuvent cependant assister aux assemblées de l'Association, ni y voter ou être éligible à un poste d'administrateur. La seconde catégorie, les membres honoraires, est plutôt un titre que le conseil d'administration décerne à toute personne qui s'est distinguée au cours de sa carrière en pharmacie hospitalière[60].

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS : LE NERF DE LA GUERRE

Jusqu'au milieu des années 1980, le développement de l'A.P.E.S. se caractérise par la difficulté à concilier les ambitions du regroupement avec les moyens à sa disposition pour atteindre ses objectifs. Disposant d'un bassin de membres potentiels réduit, l'Association choisit de vivre avec des revenus restreints afin de limiter le fardeau financier des membres et ainsi espérer attirer le plus grand nombre de candidats dans ses rangs. Cette stratégie s'avère toutefois problématique lorsque la négociation d'une entente de travail devient l'objectif ultime des administrateurs.

Incapables de s'imposer auprès de la partie patronale, les administrateurs constatent dès le début des années 1970 que les revenus limités de l'Association constituent un frein à son développement. Si la nécessité d'augmenter les revenus est sans équivoque, les moyens d'y parvenir suscitent de nombreux débats entre les administrateurs tout au long des années 1970. D'un côté, certains militent pour une hausse de la cotisation qui permettrait d'accroître l'offre de services aux membres, d'entamer des négociations et par conséquent, d'attirer un plus grand nombre de membres. De l'autre côté, certains craignent que la hausse de la cotisation ne nuise au recrutement de membres potentiels. Au cœur du débat se trouve la nécessité d'assurer une représentativité adéquate conférant une légitimité à l'Association dans le cadre de ses négociations avec la partie patronale.

Jusqu'à la fin des années 1970, la cotisation exigée des membres est la principale source de revenus de l'A.P.E.S. Or, pour attirer un plus grand nombre de membres, le montant de cette cotisation est maintenu relativement bas jusqu'au milieu de la décennie. Jugeant que « la contribution financière est fort limitative et même inversement proportionnelle à nos possibilités d'intervention » et que le montant de la cotisation est « insuffisant, anachronique, liant et paralysant[61] », les dirigeants de l'A.P.E.S. proposent une hausse de la cotisation de 36 $ à 100 $[62], qui est acceptée par les membres en 1971. Cette augmentation accroît le budget de l'Association de 28 % et permet d'engranger des surplus, ce qui rend enfin possible l'embauche d'un conseiller juridique[63].

Après cette première hausse substantielle, le montant de la cotisation demeure le même jusqu'en 1976 alors qu'une augmentation à 160 $ est finalement acceptée[64]. Chaque augmentation de cotisation suscite de nombreux débats entre les administrateurs qui sont divisés en deux clans : ceux qui souhaitent augmenter les revenus pour accroître les activités et les services offerts aux membres et ceux qui préfèrent maintenir la cotisation à un taux minimal pour attirer le plus grand nombre de membres. Après la signature du protocole d'entente en 1976, les administrateurs de l'A.P.E.S. se montrent plus enclins à accepter les hausses de cotisation étant donné que son montant ne constitue plus un facteur déterminant dans la volonté d'adhérer au regroupement. À cela s'ajoute une conjoncture économique qui entraîne des difficultés financières pour l'A.P.E.S. et oblige l'indexation de la cotisation au taux d'inflation. Ainsi, après une hausse à 200 $ en 1978, la cotisation est régulièrement augmentée pour passer à 325 $ en 1984[65]. La cotisation pour les membres associés est quant à elle fixée à 100 $ en 1983, et 110 $ en 1984.

Étant donné que le paiement de la cotisation n'est pas automatique pendant cette période, comme le serait la formule Rand, par exemple, l'A.P.E.S. éprouve de nombreuses difficultés à percevoir les montants qui lui sont dus. Pour remédier à cette situation et espérer attirer un plus grand nombre de membres dans ses rangs, l'A.P.E.S. instaure le prélèvement à la source sur une base volontaire dès 1973. Plusieurs établissements refusent cependant de procéder à la perception ou de faire parvenir les sommes à l'A.P.E.S.[66]. Même si le prélèvement à la source devient le seul mode de paiement de la cotisation à compter

de 1975, les problèmes de perception persistent toujours. À compter de 1979, diverses mesures sont adoptées pour inciter les membres à effectuer leur paiement dans les délais prescrits : une diminution des services offerts, la suspension, voire même l'expulsion de l'Association en sont quelques-unes[67]. Les mauvaises créances nuisant à la stabilité financière, il est décidé de modifier le mode de perception des cotisations au début des années 1980. Dorénavant, au lieu de prélever des montants fixes à intervalles réguliers, un pourcentage du salaire brut, soit 5 %, est prélevé sur chaque paie jusqu'à atteinte du paiement complet de la cotisation.

Si les cotisations des membres constituent la principale source de revenus pendant plusieurs années, soit 95 % entre 1972 et 1976, l'organisation de journées d'éducation s'avère aussi un moyen de garnir les coffres de l'Association. Au début des années 1970, les journées d'études ne comptent que pour une faible proportion des revenus. Les dirigeants de l'A.P.E.S. souhaitent aussi, à ce moment, prendre leurs distances des compagnies pharmaceutiques afin de préserver l'indépendance des membres face à ces dernières[68]. La hausse de la cotisation en 1971 permet d'envisager que l'autofinancement des journées d'études soit possible. Malgré cette volonté d'indépendance, l'autofinancement des activités est impossible, étant donné le faible bassin de membres et le maintien des frais d'inscription à des montants peu élevés pour attirer le plus grand nombre de participants. Les dirigeants de l'A.P.E.S. n'ont d'autre choix que d'entretenir des relations avec les compagnies pharmaceutiques tout en limitant leur influence sur le programme d'activités. Déjà, l'organisation d'un programme d'éducation permanente à compter de 1977, et qui remporte un franc succès dès le départ, permet de diminuer la dépendance aux cotisations, puisque 80 % des revenus de l'A.P.E.S. proviennent de cette source en 1978[69]. Par la suite, le programme d'éducation permanente devient une source de revenus de plus en plus significative pour l'A.P.E.S., ce qui explique la hausse de revenus de plus de 100 000 $ entre 1981 et 1985.

À la fin des années 1970, l'Association connaît cependant des difficultés financières, et un déficit budgétaire est envisagé pour la première fois en 1979. Les administrateurs prennent alors conscience de la trop grande dépendance de l'Association envers les cotisations des membres et de la nécessité de diversifier les revenus, particulièrement à une période cruciale où s'amorce une nouvelle ronde de négociations et que les dépenses sont appelées à augmenter considérablement dans les années à venir[70]. Un comité des finances est donc formé, en 1978, pour proposer des mesures d'économies et rechercher de nouvelles sources de revenus externes, ce qui permet de terminer l'année 1979 avec un léger surplus[71].

MODERNISER LES STRUCTURES POUR ALLER DE L'AVANT…

Depuis la fondation de l'APHPQ en 1961, les administrateurs de l'A.P.E.S. sont des pharmaciens offrant leur temps bénévolement pour occuper différentes fonctions au sein du conseil d'administration ou des divers comités. Ces derniers travaillent à l'élaboration des mémoires publiés par l'A.P.E.S., organisent les journées d'éducation, préparent les assemblées des membres ou collaborent à la publication du *Bulletin d'information officiel*, en plus de remplir toute tâche administrative requise pour assurer le bon fonctionnement d'un syndicat professionnel. Leur travail exige par ailleurs des déplacements fréquents étant donné l'inexistence d'un bureau fixe pour l'Association[72]. En effet, même si la charte d'incorporation de l'APHPQ précise que le « bureau principal de la corporation est établi en la cité de Québec », et que les constitutions de la SPPH et de l'A.P.E.S. stipulent que le siège social se situe à Montréal, le projet n'a jamais pu se concrétiser, et l'adresse postale de l'Association s'est déplacée selon le lieu de travail du secrétaire du moment[73].

Outre ces contraintes, la libération des pharmaciens par leur employeur pose souvent problème. Le rôle effacé de l'Association encore dans les années 1970 nuit à sa reconnaissance dans le milieu hospitalier, et les administrations peuvent se montrer réticentes à libérer leur personnel pour y travailler[74]. Étant donné que, encore à l'époque, il n'est pas rare que le pharmacien œuvre seul dans son service de pharmacie, bon nombre de pharmaciens ne peuvent participer pleinement aux activités administratives de l'A.P.E.S.

Étant donné les difficultés rencontrées pour mobiliser les membres, la rémunération des administrateurs est envisagée pour favoriser la participation des pharmaciens aux activités de l'A.P.E.S. Si le conseil d'administration discute dès 1973 d'instaurer un système de jetons remis aux administrateurs pour leur présence aux activités, ce n'est qu'en 1975 que la mesure est acceptée par le conseil

d'administration pour certains administrateurs seulement. Ainsi, outre le président qui recevait déjà une rémunération symbolique de 100 $, des jetons d'une valeur de 50 $ sont consentis aux officiers lors des réunions de l'exécutif[75].

La signature du protocole d'entente de travail en 1976 accroît considérablement les responsabilités des dirigeants. Le mode de gestion décentralisée, qui convenait certes aux besoins de l'Association à ses débuts, devient problématique lorsque l'A.P.E.S. prend de l'expansion et constitue un obstacle à la consolidation des activités. C'est l'une des raisons pour lesquelles le conseil d'administration accepte de hausser le montant de la cotisation en 1976. L'année suivante, les dirigeants de l'A.P.E.S. considèrent que la situation financière de l'Association s'est relativement améliorée, au point où il est maintenant possible d'envisager sérieusement l'établissement d'un secrétariat permanent[76]. Après la visite de locaux potentiels, le bureau exécutif fixe son choix sur un local de 300 pieds carrés situé au 3422, rue St-Hubert. Un budget de 9000 $ est consacré à l'aménagement de ce bureau[77]. L'établissement de ce bureau permanent permet finalement à l'A.P.E.S. de profiter d'une certaine stabilité, ce qui est annoncé dans le *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* comme le début de « l'ère de cohésion »[78]. Jugeant l'espace de ce bureau trop restreint pour les besoins de l'A.P.E.S., le conseil d'administration mandate, dès 1979, le secrétaire et le trésorier de trouver un nouveau local pour loger le secrétariat, d'une superficie d'au moins 1000 pieds carrés. Après six mois de recherches, un nouveau local est loué à l'intersection des rues Crémazie et Saint-Laurent, dans le nord de Montréal[79]. Le déménagement a lieu le 15 décembre 1979, et la première réunion est tenue dans ces nouveaux locaux le 13 juin 1980. L'augmentation de la superficie permet maintenant à l'A.P.E.S. de tenir la plupart des réunions dans ses locaux et de réduire ainsi les frais associés à la location de salles d'hôtel.

Au milieu des années 1970, les administrateurs discutent aussi de la possibilité de faire appel à un directeur général pour coordonner les activités et assurer la représentation de l'Association à l'échelle provinciale. En plus de décharger les administrateurs de certaines fonctions, le recours au directeur général permettrait d'assurer la défense des intérêts des membres en vue de conclure une entente de travail. L'établissement d'une première équipe permanente est tentée en 1977. Une directrice générale, Mme Jeanne Lavoie, pharmacienne qui poursuivait des études en administration, est embauchée afin de structurer le tout nouveau secrétariat et former le personnel. Quelques autres mandats lui sont aussi confiés, dont celui d'élaborer les normes d'agrément des centres hospitaliers pour la résidence et l'évaluation des services pharmaceutiques dans les établissements de santé. Entrée en fonction le 25 juillet 1977, la directrice générale poursuit son mandat, qui devait être à l'origine de sept semaines, jusqu'en novembre 1977[80]. Son mandat n'est cependant pas renouvelé en raison du manque de fonds pour créer un tel poste au sein de l'Association. Les administrateurs choisissent plutôt, en 1978, de consentir la somme de 12 500 $ aux membres du conseil exécutif pour assurer la représentation de l'A.P.E.S. à l'échelle provinciale[81]. La possibilité d'embaucher un directeur général n'est cependant pas rejetée par les administrateurs. Roger Leblanc fait d'ailleurs savoir que « avec le travail qui augmente sans cesse, il faudra penser « pour l'avenir » à l'engagement d'un permanent à titre de directeur général. Cependant, ceci pourra se concrétiser seulement quand nous aurons les moyens, c'est-à-dire lorsque le nombre de membres sera plus considérable et la contribution individuelle plus substantielle[82] ».

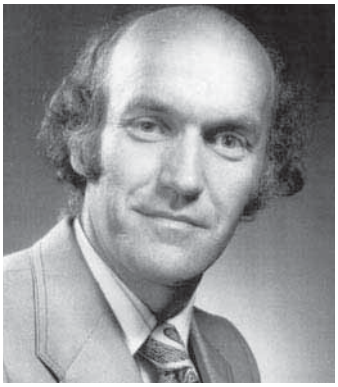
En plus d'accroître les responsabilités des dirigeants de l'A.P.E.S., le protocole d'entente de 1976 requiert une répartition plus précise des pouvoirs entre le conseil d'administration et l'exécutif. Une révision des statuts de l'Association est donc entreprise et entérinée en 1979. Jusqu'à ce moment, le conseil d'administration était responsable de l'élaboration des politiques générales et des règlements, alors que l'exécutif administrait l'Association selon les résolutions de l'assemblée générale et les directives du conseil d'administration. C'est aussi à lui qu'incombe la gestion des finances et l'organisation des activités de l'A.P.E.S.[83]. Bien que la division des tâches demeure sensiblement la même en 1979, son inscription dans les statuts de l'Association permet une meilleure coordination des affaires de l'A.P.E.S. La principale modification concerne plutôt les pouvoirs consentis à l'assemblée générale des membres qui peut, seule, « adopter, amender ou abroger » les statuts de l'Association par un vote d'au moins les deux tiers des membres[84].

Le mode de fonctionnement de l'A.P.E.S. est remis en question à la fin des années 1970. À la veille d'amorcer

une nouvelle ronde de négociations avec la partie patronale en 1979, le président de l'A.P.E.S., M. Guy Garon, constate que « nous avons une association qui a grandi très vite (peut-être trop vite, pour certains) et qui n'a pas les structures pour assumer totalement ses responsabilités [...][85] ». Selon lui, la structure administrative de l'A.P.E.S. freine son développement. Il propose donc une réorganisation administrative de l'A.P.E.S. afin d'éliminer du conseil d'administration les membres dont la situation géographique rend difficile la participation aux activités de l'A.P.E.S. Il souhaite aussi augmenter la cotisation des membres de l'A.P.E.S. pour donner une marge de manœuvre accrue au groupe, afin d'embaucher, notamment, un directeur général pour mieux coordonner les dossiers importants. Ce faisant, il s'attaque aux prises de position passées et souhaite entraîner l'Association vers une nouvelle voie : « Il faudra que l'équipe qui prendra la relève en 1979-1980 accorde une priorité aux structures de l'Association, il faudra peut-être laisser de côté une certaine timidité qui a caractérisé les administrations passées, il faudra proposer des solutions réalistes au risque de perdre quelques membres[86] ».

Les propositions de Guy Garon provoquent une certaine controverse au sein de l'A.P.E.S. et des divergences qui peuvent se résumer en deux slogans : « il faut se donner les moyens de nos ambitions » et « il faut avoir les ambitions de nos moyens », chaque clan ayant ses défenseurs. Les prédécesseurs de M. Garon qualifient l'attitude et l'opinion de ce dernier « d'hautaines et arrogantes » et se sentent attaqués par ses propos qui, selon eux, laissent croire que les « anciennes administrations n'ont rien fait qui vaille pour le mieux-être de ses membres[87] ». Après les élections de 1979, Jean Guimond, administrateur, constate que le conseil d'administration « a opté de vivre selon les moyens actuels de l'Association tout en travaillant à leur développement[88] ». En effet, un président et un vétéran font un retour dans l'administration, alors qu'un administrateur nouvellement élu remet sa démission en raison d'un problème de disponibilité.

Guy Garon, président de l'A.P.E.S. de 1976 à 1979.



Source : Archives de l'A.P.E.S.

Les membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S. en 1982-1983.

De gauche à droite, première rangée : Donald Laberge, 2e vice-président, Roger Leblanc, président et Robert Létourneau, 1er vice-président. Deuxième rangée : François Schubert, trésorier, Denis Tremblay, Jean Guimond, Claire Pagé et Alick Torchinsky, administrateurs, et Pierre Ducharme, secrétaire.

Source : Archives personnelles de Pierre Ducharme

TABLEAU 29.
Présidents et membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 1961-1985.

	1961-1962	1968-1969	1974-1975	1979-1980	1984-1985
Bureau/Conseil exécutif	**Président :** André Boissinot **1er VP :** Marcel de l'Étoile **2e VP :** Sr Marie-Médiatrice **Secrétaire :** Sr Marie-de-la-Croix **Assistante-secrétaire :** Raymonde Ferland **Trésorier :** Clément Cliche	**Président :** Georges Elliott **1er VP :** André Bélanger **2e VP :** Roger Leblanc **Secrétaire :** Pierre Marchand **Trésorier :** Yves Courchesne	**Président :** Roger Leblanc **1er VP :** Guy Garon **2e VP :** Denys Benoît **Secrétaire :** Yves Courchesne **Trésorier :** Georges Elliott	**Président :** Roger Leblanc **1er VP :** Donald Laberge **2e VP :** Hélène Lambert **Secrétaire :** Gaétan Dubois **Trésorier :** François Schubert	**Président :** Roger Leblanc **1er VP :** Robert Létourneau **2e VP :** Claire Pagé **Secrétaire :** Pierre Ducharme **Trésorier :** François Schubert
Administrateurs	Sr Marie-du-Christ-Roi Théophile Duchesne Sr Marie de la Trinité Georges Filteau Sr Paulin du Sacré-Cœur	Edouard Pelletier Paul Larochelle Georges Lévesque Jacques Séguin	Jean Guimond Robert Malenfant Alick Torchinsky Robert Létourneau	n. d.	Marc Desmarais Jocelyn Boucher Alick Torchinsky Denis Tremblay Marc Vallée

Source : Archives de l'A.P.E.S.

PARTICIPATION ET MOBILISATION DES MEMBRES

Après l'intégration de l'APHPQ à la SPPH en 1968, la structure de fonctionnement favorisant la participation des membres par l'intermédiaire de comités est conservée par le nouveau regroupement. La charte de la SPPH reconnaît d'ailleurs le droit au conseil d'administration ou à l'assemblée générale d'instituer des comités. Plusieurs sont formés dès la création de la SPPH : comité de négociation, d'information, de règlements, de recrutement et des relations extérieures. Ces comités constituent le noyau des comités permanents auquel viennent se greffer les comités d'information, de normes et de bibliothèque au fil des ans[89].

Le travail de la SPPH culmine en 1970 avec seize comités actifs. Cette expansion cause par ailleurs des problèmes d'organisation et de disponibilité, notamment au comité des normes qui peine à trouver un responsable et dont les travaux stagnent. Une réorganisation de la structure est de mise, et les dirigeants de la SPPH réduisent le nombre de comités pour ne conserver que les comités de base (recrutement, négociation et normes). Un coordonnateur, Guy Garon, est aussi nommé en 1973 pour voir à la bonne marche des activités des comités.

Par ailleurs, les dirigeants constatent aussi un relâchement dans la participation des membres aux comités après que des augmentations salariales aient été obtenues au début des années 1970. Le secrétaire de la SPPH, Pierre Marchand, signe par ailleurs un article dans le *Bulletin d'information* sous le pseudonyme « futur ex-secrétaire », où il déplore que seule une poignée de membres, souvent les mêmes, s'implique dans les activités du regroupement. Il y constate une baisse de participation aux activités de la SPPH, un manque d'intérêt lors des réunions régionales sur les négociations et l'absence de commentaires de la part des membres pour l'élaboration du mémoire sur les techniciens en pharmacie, malgré les demandes répétées de suggestions par le bureau de direction et met en garde contre la dictature d'un petit nombre de membres :

> C'est tout de même drôle qu'en des temps pas si lointains où les pharmaciens étaient moins bien rémunérés qu'aujourd'hui, c'est à qui criait le plus fort pour ou contre un groupement à caractère syndical, pour ou contre tel comité, pour ou contre la fusion, pour ou contre tel et tel projet ; on pourrait croire que les salaires aidant, la plupart se sont endormis au point de laisser le sort de leur profession entre les mains d'une dizaine d'individus. Seraient-ils les seuls à avoir des idées ? Si tel est le cas, qu'on ne se surprenne pas de voir le spectre de la dictature nous envahir ; qu'on ne se surprenne pas non plus si certaines décisions prises par ces dix ne nous plaisent pas, nous les aurons méritées[90].

Le président de la SPPH, Yves Courchesne, réplique à ce texte quelques mois plus tard en invitant les membres à la solidarité et à une participation plus active aux activités de l'A.P.E.S., participation qui va au-delà du paiement de la cotisation et qui commence dans son milieu[91].

Ces récriminations sont récurrentes au tournant des années 1970. À plusieurs reprises, les dirigeants de la SPPH font appel aux membres pour mener à bien les travaux des comités. Force est de constater que la participation est toujours faible. Robert Létourneau propose par ailleurs d'augmenter la cotisation pour pouvoir mettre sur pied de véritables comités efficaces et attrayants pour les membres :

> Le jour où notre cotisation annuelle sera le double de celle de nos commis en pharmacie, plutôt qu'être inférieure de la moitié, ce jour-là nous pourrons espérer maintenir viables une douzaine de comités, non plus au détriment de quelques confrères qui sacrifient temps et argent pour la collectivité des pharmaciens d'hôpitaux[92].

Il suggère même que les journées d'éducation continue soient remplacées par des ateliers de travail pour favoriser une participation intégrale des membres. Le pharmacien Claude Richer approuve cette suggestion et en appelle à un échange d'idées regroupant le plus grand nombre de membres, au lieu de laisser travailler une dizaine de confrères au nom du groupe, ce qui lui fait conclure qu'il y a beaucoup de « parasites » dans la SPPH[93].

Au fil des ans, les appels se multiplient pour favoriser la participation des pharmaciens aux activités de l'A.P.E.S. Alors qu'au début des années 1970, seulement quelques membres font partie d'un comité de l'A.P.E.S., leur proportion passe à 10 % en 1976[94]. Par ailleurs, de nouveaux comités sont formés, tel le comité L'intermédiaire[95].

L'IMPORTANCE DE COMMUNIQUER AVEC LES MEMBRES POUR LES MOBILISER

Jusqu'au milieu des années 1970, aucune structure précise n'existe au sein de l'A.P.E.S. pour coordonner les échanges d'information entre la direction et les membres. Certes, l'existence du *Bulletin d'information* permet une certaine forme de communication, mais cette revue étant publique, elle ne peut servir au partage des informations de nature syndicale. Ainsi, lorsque des négociations sont en cours avec le gouvernement en 1974, ce sont les membres du comité de négociation qui se chargent de rencontrer les membres pour leur faire part des derniers développements[96].

Alors que les communications entre les membres de l'A.P.E.S. reposent sur la diffusion du *Bulletin d'information* et des rencontres ponctuelles avec certains administrateurs, les dirigeants de l'A.P.E.S. choisissent de mettre sur pied une tournée du président pour implanter une formule de rencontres systématiques entre la direction et les membres. Instaurée à compter de 1973, cette tournée permet au président de se déplacer dans les différentes régions pour rencontrer les membres, échanger sur les sujets qui les préoccupent, constater sur place les problèmes auxquels ces pharmaciens font face et apporter des solutions[97]. Alors que les villes de Québec, Montréal, Chicoutimi, Val-d'Or, Trois-Rivières et Granby font partie de l'itinéraire du président en 1973, d'autres villes sont graduellement ajoutées à la tournée au fil des ans[98].

La participation des membres à la tournée du président s'avère décevante aux yeux du conseil d'administration qui constate que seulement 28 % des membres, soit 110 pharmaciens, y ont assisté en 1978, et ce, malgré l'ajout d'une escale à Rimouski[99]. Les administrateurs de l'A.P.E.S. considèrent différentes options au début des années 1980 pour inciter un plus grand nombre de membres à participer aux rencontres. Ainsi, il est décidé de tenir la tournée entre deux assemblées générales, soit à l'automne au lieu du printemps, ce qui semble être une période plus propice pour une telle activité. De plus, la tournée est étendue à l'Outaouais en 1983[100]. Malgré ces modifications, la participation reste particulièrement faible dans la région de Montréal[101].

À partir de 1977, l'A.P.E.S. cherche de nouveaux moyens pour améliorer les communications et rester en contact avec les membres. Cette responsabilité est confiée au comité des communications en 1980, dont le mandat est de « fournir aux membres l'information nécessaire reliée aux activités de l'Association et à toute autre activité pharmaceutique et scientifique et s'assurer de la publication bimestrielle du bulletin de l'Association et de toute autre publication jugée à propos par le conseil d'administration[102] ». Ce comité doit donc proposer de nouveaux modes de communication afin de permettre à l'A.P.E.S. de réaliser un de ses objectifs qui est « d'intensifier la communication de renseignements relatifs aux activités de l'Association

auprès de nos membres et en élargir le cadre de diffusion de façon à publiciser davantage nos activités [103]. » En plus de publier un rapport annuel à partir de 1980, qui regroupe les rapports de tous les officiers et comités, le conseil d'administration accepte aussi la suggestion du comité des communications qui vise à publier un feuillet d'information, appelé *Dossier*, pour diffuser aux membres, lorsque nécessaire, les informations syndicales qui ne peuvent être incluses dans le *Bulletin d'information* [104].

Expansion et consolidation de l'A.P.E.S.

En 1985, l'A.P.E.S. conclut une première entente de travail avec le ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui permettra de finalement prendre l'expansion souhaitée depuis longtemps. Grâce à cette entente, tous les pharmaciens pratiquant dans les hôpitaux de la province sont tenus de payer une cotisation à l'A.P.E.S. L'accroissement des effectifs, et par conséquent des revenus, permet à l'A.P.E.S. de se doter d'une structure permanente qui permet de mieux coordonner la défense des intérêts des membres.

LA NÉCESSITÉ D'HARMONISER LES STRUCTURES À LA TAILLE DE L'ASSOCIATION

La signature de l'entente de travail en 1985 garantit à l'A.P.E.S. l'adhésion des pharmaciens d'hôpitaux à ses structures, ce qui fait grimper rapidement le nombre de ses membres. En effet, de 535 membres, les effectifs franchissent le cap des 800 membres dès 1988 [105]. Par ailleurs, les résidents font part, dès 1986, de leur désir de devenir membres de l'A.P.E.S. et qu'une catégorie réservée aux résidents soit créée. Les administrateurs revoient donc les statuts de l'Association, et une catégorie de membres résidents est créée en 1988.

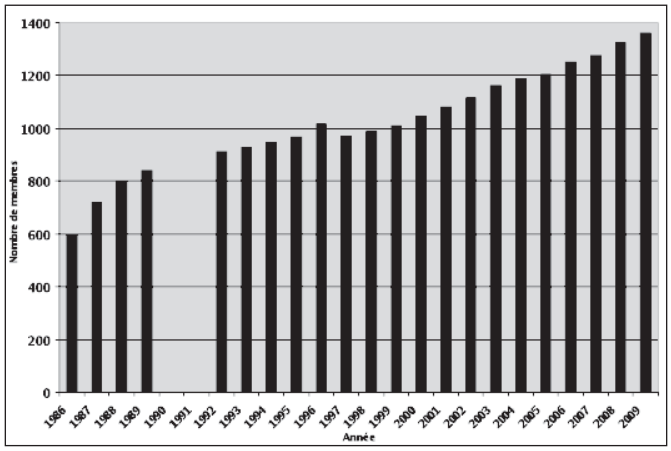
Dans les années qui suivent, le nombre de membres de l'A.P.E.S. évolue en fonction des embauches dans les établissements de santé. Ainsi, bien que les effectifs croissent régulièrement jusqu'au milieu des années 1990, le programme de départ volontaire à la retraite instauré par le gouvernement au milieu des années 1990, l'implantation du virage ambulatoire, ainsi que les fermetures et les fusions d'établissements sont autant d'éléments qui affectent la croissance de l'Association [106]. Alors que l'A.P.E.S. compte 1018 membres dans ses rangs en 1996, leur nombre chute à 972 l'année suivante, et les effectifs ne reviennent à la hauteur de 1996 seulement en 2000.

Le départ de Roger Leblanc, administrateur depuis 1964 et président sortant en 1984, marque pour certains le début d'une transition au sein de l'administration de l'A.P.E.S. Les dirigeants souhaitent dorénavant attirer des membres plus jeunes dans les rangs du conseil d'administration pour assurer une relève et étudient des moyens de rendre le travail plus efficace et stimulant. Devant l'impossibilité de financer la libération des pharmaciens pour leur permettre de se consacrer aux activités de l'A.P.E.S., les dirigeants choisissent, en 1988, d'instaurer un processus de délégation des tâches du président aux autres membres de l'exécutif pour parer aux difficultés. Il est donc décidé de maximiser les éléments déjà en place, au lieu de tout concentrer entre les mains d'une seule personne, par une intensification des échanges et des contacts avec les intervenants. Les membres du conseil d'administration considèrent aussi que l'ajout d'une technicienne parmi le personnel de l'A.P.E.S. permet de libérer les membres de certaines de leurs tâches [107].

Roger Leblanc, administrateur de l'A.P.E.S. pendant 28 ans et président à trois reprises entre 1973 et 1985.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

FIGURE 2.
Évolution du nombre de membres de 1985 à 2009



Source : Archives de l'A.P.E.S.

Au moment où l'Association devient l'interlocutrice auprès du gouvernement et qu'elle représente tous les pharmaciens des établissements de santé, les structures et le mode de fonctionnement en place à l'A.P.E.S. s'avèrent de plus en plus désuets. La croissance de l'Association à compter du milieu des années 1980 entraîne une surcharge de travail pour les administrateurs qui font part de leur essoufflement. En plus d'embaucher une secrétaire supplémentaire pour les aider dans leurs tâches administratives, il est aussi décidé, en 1987, d'instaurer un processus de délégation des tâches du président vers les autres membres de l'exécutif pour parer aux difficultés [108]. Malgré ces modifications, « les dossiers prioritaires (p. ex. : négociation) battent de l'aile et traînent en longueur. Qui plus est, cette situation engendre frustration et insatisfaction [109] ».

Par ailleurs, les membres se plaignent de plus en plus de la faible représentation de l'A.P.E.S. dans des dossiers majeurs. Face à cette situation, Serge Leblanc, pharmacien, pose la question : « Ne devrions-nous pas nous doter de structures qui nous permettent de nous manifester plus fréquemment et d'être perçus à notre juste valeur [110] ? ». Il devient évident que les structures de l'A.P.E.S. ne permettent plus d'assurer un suivi adéquat des dossiers et une représentation conforme aux besoins des membres. Dès le début des années 1990, les divergences sont évidentes entre le conseil d'administration et les membres de l'A.P.E.S. pour trouver une solution aux problèmes de fonctionnement de l'A.P.E.S. Alors que le conseil d'administration préfère consentir un montant pour la libération syndicale des membres de l'exécutif qui sont appelés à représenter les membres sur les différentes tribunes, comme c'est le cas depuis le début des années 1970, les membres souhaitent plutôt qu'un directeur général soit finalement embauché, l'idée ayant été soulevée à plusieurs reprises mais reportée en raison des moyens limités de l'Association. Selon ces derniers, le bénévolat des dirigeants ne suffit plus, et l'A.P.E.S. doit se doter d'une permanence pour mener à terme les dossiers importants et accroître la représentativité de l'A.P.E.S. dans le réseau de la santé. Selon eux, « il est impératif d'harmoniser nos structures avec la taille de notre association [111] ».

Un bras de fer s'amorce alors entre dirigeants et membres de l'A.P.E.S. Alors qu'une « forte proportion des membres s'affiche en faveur de l'embauche d'un directeur général pour l'A.P.E.S. Là où le bât blesse, c'est que l'opposition jaillit surtout de l'exécutif lui-même [112] ». En effet, les dirigeants craignent toujours de céder leurs pouvoirs à un représentant non élu trop « fort » et croient qu'il est encore possible de poursuivre selon le même mode de fonctionnement que dans le passé. Les dirigeants doivent se rendre à l'évidence lorsque leur proposition de consentir un montant de 13 000 $ pour la libération de l'exécutif à des fins de représentation est rejetée à l'assemblée générale de 1990 [113]. Dans le dossier de la permanence, les membres ont finalement constitué le principal vecteur de changement et ont forcé le conseil exécutif à revenir sur ses positions.

Dès lors, des démarches sont entreprises pour procéder à l'embauche d'un directeur général, qui, de préférence, doit être pharmacien [114]. Après la tenue de deux concours, dont un où il est considéré d'inclure les candidats non-pharmaciens, seulement cinq candidats sont retenus parmi les 80 candidatures reçues. Le comité de sélection recommande l'embauche de Jean-Claude Martin, qui entre en fonction le 4 mai 1992. À partir de ce moment, l'A.P.E.S. se dote graduellement d'une équipe complète pour assurer une représentation adéquate des membres et leur offrir les services requis.

Jean-Claude Martin, premier directeur général de l'A.P.E.S. de 1992 à 1995.

Source : Archives personnelles de Jean-Claude Martin

Détenteur d'un baccalauréat en pharmacie et d'une maîtrise en administration hospitalière, Jean-Claude Martin a surtout agi à titre de gestionnaire dans le réseau de la santé. Adjoint administratif à l'Hôpital de Montréal pour enfants, enseignant au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, il a aussi occupé le poste de directeur général de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avant de devenir président de l'Association des hôpitaux du Canada, de 1977 à 1989[115].

Pendant son mandat à l'A.P.E.S., il a restructuré la permanence, centralisé certains dossiers de la direction générale, et réorienté la stratégie de l'A.P.E.S. afin de mettre en valeur le rôle professionnel des pharmaciens d'établissements de santé. En 1995, il quitte l'A.P.E.S. pour prendre sa retraite.

Claire Pagé, présidente de l'A.P.E.S. de 1989 à 1990.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Manon Lambert, directrice générale de l'APES de 1995 à 2005.

Source : Ordre des pharmaciens du Québec

Détentrice d'un baccalauréat en pharmacie (1985) et d'un diplôme en pharmacie d'hôpital (1986), Manon Lambert exerce en établissement de santé au Centre hospitalier Anna-Laberge de 1988 à 1991, avant d'accepter le poste de coordonnatrice du Réseau de revue d'utilisation des médicaments de 1991 à 1995. Pendant cette période, elle est aussi rédactrice en chef de la revue *Pharmactuel* en 1987 et 1988 et de la revue *Québec Pharmacie* de 1991 à 1994.

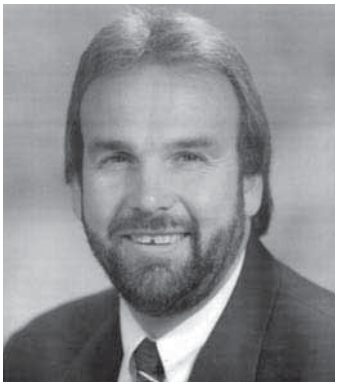
D'abord administratrice de l'A.P.E.S. en 1988, elle en devient la directrice générale à compter de 1995, poste qu'elle occupe jusqu'en 2005. Depuis ce temps, elle occupe le poste de directrice générale et secrétaire de l'Ordre des pharmaciens du Québec[116].

La venue d'un directeur général à la tête de l'A.P.E.S. permet de réviser en profondeur les structures de l'Association qui ont peu évolué depuis ses débuts malgré la croissance des effectifs et des activités. Les discussions entourant cette refonte des statuts et de la charte confirment la volonté des membres de conserver la double orientation du regroupement, soit la promotion des intérêts professionnels et la négociation d'une entente de travail. Amorcée en 1991, la révision des statuts est approuvée par les membres en avril 1992[117].

À ce moment, l'A.P.E.S. se dote d'une nouvelle mission qui inclut, outre la négociation d'un contrat de travail et le perfectionnement des membres, un nouveau rôle, soit de contribuer à l'avancement de la pratique par l'étude, la défense et le développement des intérêts professionnels

des membres. L'A.P.E.S. vise donc à faire en sorte que la qualité des services pharmaceutiques rendus par ses membres soit étroitement liée aux conditions de travail des pharmaciens, qui passent par des bénéfices économiques et sociaux, mais aussi par un contexte de travail permettant l'application de pratiques cliniques.

Reynald Tremblay, président de l'A.P.E.S. de 1990 à 1991.



Source : Archives de l'A.P.E.S.

Germain Legault, président de l'A.P.E.S. de 1991 à 1992.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Cette refonte permet d'abord d'ajuster les statuts des membres pour refléter leur situation dans les établissements. Ainsi, le membre actif est défini comme un « pharmacien exerçant sa profession au sein d'un département de pharmacie et détenant un statut de membre actif ou associé d'un CMDP, le cas échéant », alors que le membre associé est un pharmacien « ne pouvant pas détenir de statut au sein d'un CMDP. » Ce dernier ne peut assister aux assemblées de l'Association, ni y voter ou être éligible aux élections. Il reçoit par contre les offres d'emploi et le bottin des membres, en plus de bénéficier des tarifs préférentiels réservés aux membres pour la participation aux activités de l'Association [118].

TABLEAU 30.
Mission et buts de l'A.P.E.S. en 1992

Mission	Buts
« L'A.P.E.S. regroupe l'ensemble des pharmaciens travaillant dans les établissements de santé du Québec. Le rôle primordial de ces pharmaciens est d'offrir aux bénéficiaires, le requérant, des services pharmaceutiques de la plus haute qualité possible. L'A.P.E.S. s'occupe de l'avancement de la pratique pharmaceutique par l'étude, la défense et le développement des intérêts professionnels de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de négocier avec les autorités compétentes un contrat de travail juste et équitable pour l'ensemble de ses membres et de voir à l'application de cette entente collective. L'A.P.E.S. préconise la participation de tous ses membres aux différents activités et comités qu'elle organise. L'A.P.E.S. se veut un organisme progressif, représentatif et démocratique, doté de moyens administratifs et économiques lui permettant de remplir son mandat. »	- Promouvoir l'avancement de la pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec - Négocier avec les autorités compétentes un contrat de travail juste et équitable pour l'ensemble de ses membres - Promouvoir et offrir des programmes de formation continue aux pharmaciens des établissements de santé - Participer à la définition des normes de pratique pharmaceutique en établissements de santé - Publier périodiquement toute information professionnelle pertinente - Faire un rapport régulièrement aux membres sur les activités courantes de l'A.P.E.S.

Source : Archives de l'A.P.E.S. *Boîte 1. Dossier Exécutif 12 août 1996.* Mandat – Mission – Buts de l'A.P.E.S.

La composition du conseil d'administration est aussi modifiée pour refléter l'évolution des effectifs en y ajoutant un onzième administrateur. Ces administrateurs représentent sept régions, chacune déléguant un administrateur au conseil d'administration, sauf les régions de Québec et de Montréal, qui ont droit à deux et à quatre représentants respectivement. La principale modification à la structure concerne les modalités entourant la constitution des comités de l'Association. Alors qu'auparavant les comités de l'Association étaient formés pour répondre à des besoins ponctuels, à compter de 1992, le processus de formation de ces comités doit respecter un certain cadre. Le conseil d'administration se doit donc d'instituer des comités de base, c'est-à-dire le comité exécutif, le comité de négociation, le comité des relations professionnelles, le comité d'éducation permanente, le comité des communications,

le comité du congrès et un comité de coordination des spécialités professionnelles et cliniques (SPOC). Le conseil d'administration peut aussi former tout autre comité qu'il juge nécessaire, en plus d'en déterminer le mandat. Ces comités doivent être formés dans les 30 jours suivant l'assemblée générale des membres, et le président doit en faire partie à titre de membre d'office [119].

Les statuts de l'A.P.E.S. sont à nouveau révisés en 1997. À cette occasion, les postes de secrétaire et de trésorier sont fusionnés, menant à la diminution du nombre d'administrateurs à dix. Le comité des finances est pour sa part aboli, et ses tâches sont transférées au conseil exécutif dont les fonctions augmentent par le fait même [120]. Le conseil d'administration voit aussi ses attributions quelque peu modifiées. Le nombre de comités qui doivent être formés par le conseil d'administration est restreint aux seuls comité exécutif, comité de négociation et comité des relations professionnelles. Il peut tout de même former tout autre comité jugé nécessaire. L'A.P.E.S. se dote aussi, à cette occasion, d'une première politique de recrutement et de sélection des nouveaux membres des différents comités. Le conseil d'administration fixe le nombre minimal et maximal de membres pour chacun des comités, et les candidats intéressés doivent soumettre leur candidature pour remplir les postes vacants. La sélection des candidats est ensuite complétée par le comité exécutif. Selon cette nouvelle politique, la participation d'un membre à un même comité est limitée à cinq ans [121].

ÉTABLISSEMENT D'UNE ÉQUIPE PERMANENTE

La signature de l'entente de travail en 1985 augmente considérablement le travail de bureau requis à l'Association. Étant donné la croissance constante des activités, les administrateurs de l'A.P.E.S. acceptent d'augmenter le budget de fonctionnement du secrétariat, ce qui permet de remplacer le poste de secrétaire à temps partiel par un poste à temps plein et d'embaucher une secrétaire-réceptionniste à temps partiel [123]. Après l'embauche du directeur général, l'équipe permanente se structure avec l'ajout d'une coordonnatrice à la formation et aux publications en 1993, puis d'une secrétaire supplémentaire [124]. L'augmentation des activités de l'A.P.E.S. et l'importance des dossiers ont amené le conseil d'administration à décider, dès 2000, de l'embauche d'un autre pharmacien à la permanence pour mieux soutenir les réalisations de l'Association. Après avoir considéré plusieurs options, dont la création d'un poste de conseiller pharmacien, de recherchiste ou de conseiller en relations industrielles et en négociation, le conseil d'administration choisit de créer un poste d'adjoint à la direction générale [125].

En plus de voir au soutien des membres pour les activités régulières de l'A.P.E.S., l'équipe permanente offre le soutien administratif nécessaire aux différents comités pour la production des outils de travail, dont les guides de pratique des SPOC, ou pour la coordination des activités de formation et du programme d'éducation permanente. Face à l'augmentation des activités, l'équipement technologique est actualisé à quelques reprises. Un premier système de gestion

TABLEAU 31.
Présidents et membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 1992-2009.

	1992-1993	1997-1998	2001-2002	2009 [122]
Conseil exécutif	**Présidente :** Dolorès Lepage-Savary **1er vice-président :** Marc Parent **2e vice-président :** François Allard **Secrétaire :** Lucie Robitaille **Trésorier :** Jean Trudelle	**Présidente :** France de Villers **1er vice-président :** Benoît Labelle **2e vice-président :** Charles Fortier **Secrétaire-trésorière :** Linda Vaillant	**Président :** Charles Fortier **1re vice-présidente :** Linda Vaillant **2e vice-président :** Alain Bureau **Secrétaire-trésorière :** France Boucher	**Président :** Charles-Fortier **1er vice-président :** Louis Dumont **1re vice-présidente :** Roxane Therrien **2e vice-président :** Pierre Madore **Secrétaire-trésorier :** Pierre Fortin
Administrateurs	Donald Allard Louise Lafond Jean-Claude Landry Roger Leblanc Germain Legault Gérald Tremblay	Clément Desbiens Jean Bérubé Marc Parent Alain Bureau Denis Bois Josée Lemay Robert Charette	Pierre Fortin Dominique Ainsley Geneviève Cayer Denis Rocheleau Johanne Asselin	Sara Bélanger Marie Auclair Mariane Boyer Martin Franco Francine Lussier-Labelle Johanne Asselin Deux postes vacants

informatisé est implanté en 1984 et permet de tenir à jour plus efficacement le registre des membres [126].

L'équipe permanente de l'APES telle que constituée après l'embauche du directeur général, Jean-Claude Martin.

Source : Archives personnelles de Jean-Claude Martin

L'augmentation des ressources dans l'équipe permanente jusqu'au milieu des années 1990 rend nécessaire l'augmentation de la superficie du secrétariat. Un premier ajustement a lieu en 1991, en prévision de l'embauche du directeur général. Un local adjacent au secrétariat de la rue Crémazie est alors acquis pour augmenter la superficie de travail de 500 pieds carrés [127]. Quelques années plus tard, les recherches reprennent pour relocaliser le bureau dans des locaux plus spacieux. Les administrateurs optent finalement pour la location d'un local situé au 1470, rue Peel, où le secrétariat emménage en novembre 1995 [128].

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS

À partir de 1985, la situation financière de l'A.P.E.S. se stabilise, étant donné l'augmentation du nombre de membres et l'obligation pour ceux-ci d'acquitter le paiement de la cotisation. La croissance et la stabilisation des revenus permettent donc d'accroître la gamme de services offerts aux membres, en plus de doter l'Association de structures permanentes grâce à l'embauche d'un directeur général. Ces changements nécessitent cependant un ajustement de la cotisation des membres de l'A.P.E.S. qui, au début des années 1990, est nettement inférieure à celle que réclament des organismes semblables à la même époque. En effet, alors qu'en 1990, la cotisation exigée d'un pharmacien d'établissement travaillant à temps plein est de 365 $ par année, celle des infirmières se situe entre 665 et 740 $, celle des psychologues à 751 $, et celle d'un assistant technique en pharmacie membre de l'AQATP entre 437 et 486 $ [129].

En outre, l'augmentation de la cotisation est rendue nécessaire au début des années 1990 en raison de la fluctuation des montants perçus en provenance des pharmaciens à temps partiel. En effet, l'A.P.E.S. avait instauré, en 1987, un montant minimum et un montant maximum de cotisation pour ne pas pénaliser les pharmaciens œuvrant à temps partiel dans les hôpitaux. Jusqu'à ce moment, l'A.P.E.S. percevait un montant fixe par période de paie jusqu'à l'atteinte du montant de la cotisation. Or, ce mode de perception désavantageait les pharmaciens à temps partiel, dont la proportion dans le système de santé ne cesse d'augmenter. Ces derniers réclament donc un mode de perception proportionnel [130]. Les administrateurs acceptent cette façon de faire en 1987 [131]. À compter du 1er janvier 1988, les pharmaciens exerçant à temps partiel versent donc une cotisation proportionnelle aux heures travaillées avec un minimum de 150 $ par année [132]. Malgré cela, la fluctuation dans le nombre de pharmaciens évoluant à temps partiel entraîne des variations qui amènent les dirigeants de l'A.P.E.S. à proposer une augmentation de la cotisation pour 1990 et 1991 [133].

Ainsi, une hausse du montant maximum de la cotisation de 365 à 425 $ est acceptée en assemblée générale en 1992 pour permettre l'embauche du directeur général [134]. La croissance de l'Association rend par la suite nécessaires les hausses de cotisation jusqu'à la fin de la décennie 1990 alors que le montant minimum de la cotisation est fixé à 260 $, et le maximum à 470 $ en 1996 [135]. Cette hausse de la cotisation entraîne une augmentation substantielle des revenus qui passent d'environ 486 000 $ en 1991 à près de 645 000 $ en 1993, avant de dépasser le cap du million de dollars en 1999. La croissance permet enfin d'envisager la compensation des administrateurs, ce qui pourrait favoriser la relève au sein du conseil d'administration de l'A.P.E.S. En effet, après le départ de la présidente, Dolorès Lepage-Savary, en 1995, l'A.P.E.S. peine à recruter de nouveaux participants, d'autant plus que l'entente de travail conclue en 1992 n'inclut aucune disposition relative à la libération des membres pour représentation au sein du regroupement.

Au départ de la présidente Dolorès Lepage-Savary en 1995, on souligne les difficultés à trouver une relève, et

la mise en place d'une structure financière appropriée est vue comme une solution pour attirer de nouveaux candidats. N'ayant pu obtenir la libération syndicale lors de la signature de l'entente de 1992 et étant donné le travail bénévole qui a toujours été fait par les membres de l'A.P.E.S. et la surcharge de travail, les dirigeants de l'A.P.E.S. choisissent d'octroyer des jetons de présence pour certains postes : 150 $ sont alloués aux membres du conseil d'administration, 75 $ aux présidents des SPOC et des comités formés par le conseil d'administration, et 50 $ aux secrétaires des SPOC et des comités formés par le conseil d'administration.

En 2001, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. choisit d'abolir les montants minimum et maximum de la cotisation pour fixer plutôt un pourcentage du salaire comme cotisation. Cette décision a permis de stabiliser grandement les finances de l'Association [136].

UNE PLUS GRANDE VISIBILITÉ POUR L'A.P.E.S.

Si les efforts des administrateurs de l'A.P.E.S. étaient principalement orientés vers le développement des communications internes pendant plusieurs années, un virage majeur est entamé dans la stratégie de négociation de l'Association à compter de la fin des années 1980. Un sondage réalisé en 1987 démontre que le rôle des pharmaciens dans les établissements de santé est méconnu, faute d'information [137]. Le comité des communications se dote, en 1989, d'un plan de communication pour faire connaître le travail du pharmacien d'établissement de santé à la population afin qu'il soit perçu comme le « professionnel du médicament ». Utilisant le slogan « Votre confiance est en santé », la campagne repose sur l'utilisation de matériel publicitaire (dépliants et affiches distribués dans les centres hospitaliers) et les interventions dans les médias radiophoniques et télévisuels pour faire connaître les membres de l'A.P.E.S. Certains d'entre eux, dont Denyse Demers et Donald Allard, devenu le chroniqueur pharmaceutique à l'émission *Comment ça va ?* diffusée à Radio-Canada de 1988 à 1994, ont permis, par leurs apparitions, d'accroître la visibilité des pharmaciens d'établissements de santé auprès du public [138].

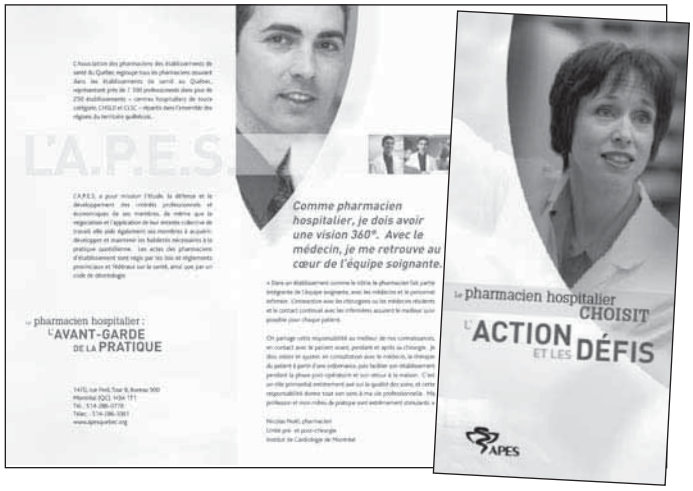
À compter de 1992, l'A.P.E.S. fait appel à une firme de relations publiques, la firme Massy-Forget, pour élaborer un plan de communication. Pour la première fois de son existence, l'A.P.E.S. se dote d'une stratégie de communication cohérente ayant une portée à long terme. Jusqu'à ce moment, les actions dans ce domaine étaient ponctuelles et visaient à réagir à des décisions gouvernementales ou à appuyer la négociation d'une entente de travail. Les relationnistes constatent que la ronde de négociations s'étant terminée en 1992 a considérablement nuit à la crédibilité des pharmaciens dans le milieu de la santé, alors que l'A.P.E.S. demeure encore inconnue du public. Le plan d'action proposé a pour objectif de « mettre en valeur les pharmaciens des établissements de santé en faisant connaître leur pratique et le volet professionnel du mandat de l'A.P.E.S. » Selon les relationnistes, « il ne s'agit aucunement d'exclure la dimension syndicale du mandat de l'A.P.E.S. Mais dorénavant, nous semble-t-il, l'action professionnelle de l'A.P.E.S. et des pharmaciens d'établissements doit être la locomotive qui conduira à moyen terme à l'amélioration des conditions de travail des pharmaciens des établissements de santé, et non l'inverse [139] ».

En 1999, l'A.P.E.S. rétablit le comité des communications, qui avait été aboli en 1996, afin de bâtir un plan de communication, de maintenir la visibilité professionnelle des pharmaciens et de faire connaître la profession de pharmacien [140]. Une nouvelle stratégie de communication externe est adoptée en 2001 et compte différents éléments pour faire connaître les pharmaciens experts aux journalistes et aux recherchistes : constitution d'une banque de pharmaciens experts appelés à se prononcer dans les médias dans leur domaine d'expertise ; identification de pharmaciens à titre de porte-parole de l'A.P.E.S. dans des domaines fréquemment ciblés dans les médias. La stratégie de communication porte aussi sur la diffusion de chroniques destinées au grand public par les pharmaciens dans les hebdomadaires locaux [141]. En outre, les membres de l'A.P.E.S. participent aussi à divers événements, dont le congrès de l'Association des médecins de langue française ou le congrès des étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal et de l'Université Laval, pour accroître leur visibilité.

Les membres demandent aussi à l'A.P.E.S. de rendre des outils disponibles pour favoriser la promotion de la profession de pharmacien d'établissement dans le cadre de divers événements. À partir de 2001, le comité des communications travaille à l'élaboration de matériel promotionnel, dont un slogan reflétant les dimensions importantes du travail des pharmaciens d'établissements. Destiné au grand public et aux étudiants, le dépliant, finalisé en 2003, permet de faire connaître les valeurs privilégiées par les pharmaciens d'établissements, soit

le pharmacien au sein d'une équipe de soins, la disponibilité, la complexité des traitements, la responsabilité et une pratique valorisante. Ces valeurs sont exprimées dans le slogan « Le pharmacien hospitalier choisit l'action et les défis. » Plus de 5000 dépliants et 200 affiches ont été distribués aux membres et dans les départements de pharmacie de la province. Le dépliant sert d'outil de promotion lors de salons d'exposition auxquels participe l'A.P.E.S. et de journées carrière dans les écoles secondaires et les cégeps [142].

Dépliant produit et distribué par l'A.P.E.S. en 2003



Source : Archives de l'A.P.E.S.

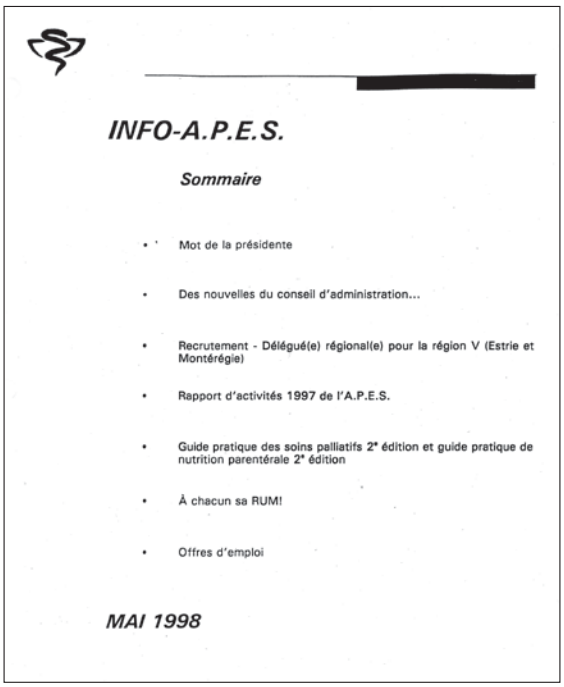
L'A.P.E.S. adopte ensuite, en 2004, un plan d'activités de communication et de relations de presse. Des conférences de presse, une campagne médiatique sur les ruptures de services appréhendées, l'intervention dans les médias sur diverses questions concernant l'usage de médicaments et la participation au Salon Éducation Formation Carrière sont quelques-unes des actions entreprises pour accroître la visibilité de l'organisme et de ses membres. En outre, des communiqués ont été diffusés et ont mené à des entrevues de la présidente, de la présidente sortante ou de la directrice générale. Les porte-parole experts identifiés par l'A.P.E.S. ont aussi accordé des entrevues [143].

LES COMMUNICATIONS À L'ÈRE TECHNOLOGIQUE

À son arrivée en poste, le directeur général de l'A.P.E.S., Jean-Claude Martin, incite les administrateurs de l'A.P.E.S. à revoir les moyens de communication avec les membres et à se doter d'une nouvelle stratégie de communication. À compter de ce moment, « la mise en place d'une structure de communication efficace permettant de transmettre aux membres des informations complètes rapidement » devient l'un des dossiers prioritaires de l'A.P.E.S. [144]. Les communications au sein de l'A.P.E.S. sont donc réorganisées à compter de 1992. Le comité des communications est scindé en deux, soit le comité des publications chargé de la production du *Pharmactuel*, du rapport annuel et des documents produits par les SPOC, et le comité des communications responsable de toutes les autres communications, dont les dossiers, les mémoires, les envois officiels, la correspondance et les communiqués de presse [145].

L'une des transformations les plus importantes pendant cette restructuration a été la mise sur pied d'un outil de communication permettant de transmettre aux membres seulement les renseignements de nature syndicale. En effet, à compter de 1993, dans le cadre d'une réorientation de la revue de l'Association en vue d'en faire une revue scientifique exempte de toute nouvelle associative, les informations administratives et syndicales sont publiées dans l'Info-A.P.E.S., un recueil de nouvelles envoyé aux membres à une fréquence régulière. Un sondage mené en 1996 démontre que les membres sont satisfaits de cet outil de communication, ce qui convainc les dirigeants de le conserver [146].

L'édition de mai 1998 de l'Info-A.P.E.S.



INFO-A.P.E.S.

Sommaire

- Mot de la présidente
- Des nouvelles du conseil d'administration...
- Recrutement - Délégué(e) régional(e) pour la région V (Estrie et Montérégie)
- Rapport d'activités 1997 de l'A.P.E.S.
- Guide pratique des soins palliatifs 2e édition et guide pratique de nutrition parentérale 2e édition
- À chacun sa RUM!
- Offres d'emploi

MAI 1998

Source : Archives de l'A.P.E.S.

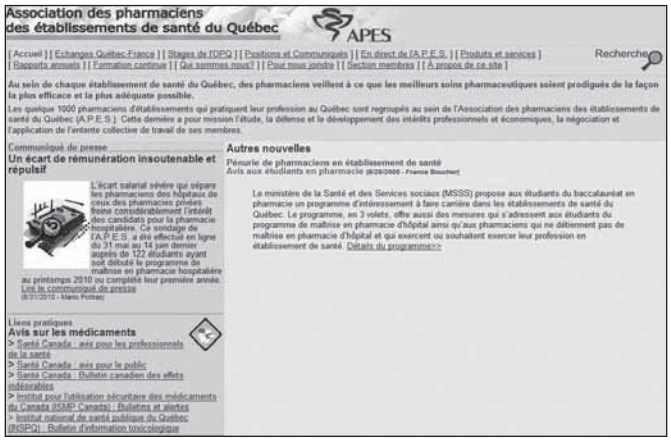
Le logo actuel de l'A.P.E.S.

Même si beaucoup d'énergie est consacrée au développement d'une stratégie marketing depuis le début des années 1990, les dirigeants de l'A.P.E.S. souhaitent aussi trouver des moyens de renforcer les communications avec les membres. Même si la tournée du président remporte un franc succès au cours des années 1990, en raison certes des dossiers majeurs qui y sont traités pendant la période (négociation et moyens de pression, virage ambulatoire, implantation du régime général d'assurance-médicaments, fermeture et fusion d'établissements, mises à la retraite), et que la participation augmente constamment pour passer de 140 participants en 1985, à 210 en 1987, puis à 321 en 1998, ce mode de transmission de l'information semble devenir désuet dans les années 2000, avec le développement de nouveaux outils technologiques [147].

À la fin de la décennie 1990, le réseau Internet, dont l'utilisation se généralise, devient un outil inestimable pour améliorer les communications entre les membres de l'A.P.E.S. Après une étude des besoins de l'A.P.E.S. en matière de branchement, une évaluation des économies générées par l'utilisation d'Internet et une réflexion sur la pertinence pour l'A.P.E.S. de développer un site corporatif, le branchement de l'A.P.E.S. est finalement effectué en juin 1997 à l'adresse apes@microtec.net.

Alors que ce branchement permet les échanges de courriels entre membres branchés et le secrétariat de l'A.P.E.S., le projet de construction d'un site Web pour l'A.P.E.S. demeure à l'ordre du jour. Après que la directrice générale a fait valoir que les ressources humaines au secrétariat sont insuffisantes pour gérer un projet de cette ampleur, Marc Parent propose, à la retraite annuelle de septembre 1998, de former un comité *ad hoc* dont le mandat serait de développer un site expérimental et d'évaluer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en place et à l'entretien du site [148]. Il est aussi suggéré par Jean-François Bussières d'intégrer le *Pharmactuel* au site. Le comité des technologies de l'information, formé de Denis Lebel, Stéphane Larin, Jean-Guy Niquet et Patricia Lefebvre, débute ses activités en 1999 afin de développer et de maintenir actif un site Internet pour l'A.P.E.S. [149]. Une commandite de 15 000 $ est estimée nécessaire pour la réalisation du projet, et la compagnie Apotex se montre intéressée, en avril 2000, à participer au projet. Compte tenu des moyens limités disponibles, le site est développé en grande partie par un pharmacien d'établissement, Denis Lebel, en utilisant les outils disponibles à cette époque. En 2001, plus de 14 000 visiteurs ont consulté le site de l'A.P.E.S., soit plus du double de l'année précédente. Même si les membres de l'A.P.E.S. se disent satisfaits des différents outils de communication à leur portée, ils se montrent encore réticents à télécharger l'Info-A.P.E.S. ou à le consulter sur le site Web [150].

Page d'accueil du site Web de l'A.P.E.S., mis en ligne en 2000.



La mise sur pied d'un site Web offre de multiples outils pour faciliter les échanges avec les membres. Outre la mise en ligne des conférences en 2001, initiative qui remporte un succès mitigé, l'A.P.E.S. accepte la proposition de Jean-François Bussières d'héberger un portail d'échanges Québec-France qui facilite la réalisation de stages par des étudiants français ou québécois. L'objectif ultime demeure cependant la création d'une section réservée aux membres qui voit le jour en 2002. Cette section comprend le mot du président, le bottin des membres et les communiqués ou documents exclusivement destinés aux membres. Le site Web comprend aussi une liste des nouvelles accessibles à tous et des questionnaires de formation continue en ligne.

Le branchement de l'A.P.E.S. au réseau Internet rend maintenant possible la diffusion de nouvelles par l'intermédiaire du courriel. En 1999, l'A.P.E.S. crée une liste de distribution des pharmaciens membres de l'A.P.E.S., ce qui permet à chacun d'entre eux d'envoyer des messages à leurs collègues, que ce soit pour répondre à des questions professionnelles ou scientifiques. Depuis sa création, et jusqu'en 2009, près de 14 000 messages ont été échangés grâce à la liste-A.P.E.S. qui compte plusieurs centaines d'abonnés [151]. Quelques règles de diffusion sont établies, et les échanges portant sur certains sujets sont proscrits, notamment ceux en rapport avec les activités syndicales (p. ex. : négociation et stratégie de mobilisation).

L'arrivée de France Boucher, adjointe à la directrice générale, en 2002, donne un nouveau souffle au site Web de l'A.P.E.S. L'adjointe à la directrice générale agit à titre de webmestre et est donc responsable de la collecte et de l'organisation de l'information sur le site, en plus d'assurer le soutien technologique du site, entre autres [152]. La surveillance du site par un membre permanent du secrétariat de l'A.P.E.S. permet d'assurer un renouvellement continu de l'information. À partir de 2003, de nouvelles chroniques sont ajoutées au site pour résumer les travaux et les dossiers à l'étude par le conseil d'administration ou pour traiter de relations de travail [153].

L'A.P.E.S. et les défis du nouveau millénaire

En multipliant ses interventions dans de nombreux dossiers, l'A.P.E.S. est devenue sans conteste un chef de file dans le domaine des soins pharmaceutiques spécialisés et un interlocuteur incontournable auprès du gouvernement lorsqu'il est question de soins et services pharmaceutiques dans le réseau de la santé.

UNE RÉORGANISATION DE LA PERMANENCE NÉCESSAIRE

Même si le nombre de membres augmente depuis le début des années 1990 et que les activités au sein de l'Association se diversifient, les ressources allouées à la permanence demeurent les mêmes jusqu'au milieu des années 2000. Le départ en 2005 de la directrice générale, Manon Lambert, provoque une importante désorganisation au sein de l'Association étant donné l'absence d'une ressource supplémentaire pouvant assurer la continuité des dossiers, sans compter que ce départ coïncide avec le déménagement des bureaux de l'A.P.E.S. vers de nouveaux locaux répondant mieux aux besoins et situés sur le site Angus, au 4050, rue Molson à Montréal. Sept mois après le départ de Mme Lambert, Linda Vaillant est finalement nommée directrice générale. Le conseil d'administration décide alors de procéder à une réorganisation interne de la permanence et d'y investir des sommes plus importantes pour mener à bien les projets de l'A.P.E.S. et surtout, pour assurer une continuité avec au moins deux personnes maîtrisant les dossiers importants pour ainsi éviter de revivre les mêmes difficultés qui avaient suivi le départ de Manon Lambert. Ce mandat est confié à la nouvelle directrice générale dès son arrivée en poste. L'ajout de ressources, la modification du système informatique de gestion des membres, la modification de processus internes et la mise en place d'un système de classement reconnu sont quelques-unes des principales manifestations de cette réorganisation.

Par ailleurs, le conseil d'administration octroie les ressources nécessaires qui permettent de réorganiser la structure de l'équipe permanente. Outre l'embauche d'une secrétaire-réceptionniste, plusieurs postes sont transformés pour mieux répartir les responsabilités : le poste de secrétaire de direction devient un poste d'attachée de direction, le poste de commis comptable est transformé en un poste de coordonnatrice des activités comptables et le poste d'adjointe à la directrice générale est converti en poste de directrice générale adjointe, ce qui permet à cette dernière, en assistant aux réunions du conseil d'administration, d'avoir une meilleure connaissance des dossiers traités par l'A.P.E.S. et d'ainsi pouvoir assurer une certaine continuité dans les dossiers majeurs. L'embauche d'un pharmacien supplémentaire à la permanence est aussi prévue pour collaborer aux activités professionnelles et offrir un soutien aux pharmaciens éprouvés par la pénurie. Ce poste d'adjointe professionnelle à la direction générale, dont la charge financière est assumée par la banque de libération professionnelle prévue à l'entente de travail, est créé en 2007 [154]. Depuis, un poste de conseillère juridique, d'abord temporaire et maintenant permanent, est créé pour répondre aux questions des membres portant sur l'entente et soutenir les travaux du dossier d'équité salariale. Un autre pharmacien à temps partiel est embauché à titre de collaborateur à la production du *Pharmactuel*, et enfin, un édimestre,

assurant le soutien dans le développement et la mise en ligne du nouveau site Web complètent l'équipe permanente de l'A.P.E.S. en 2010[155].

Linda Vaillant, présidente de l'A.P.E.S. de 2002 à 2004, et directrice générale depuis 2005.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Détentrice d'un baccalauréat en pharmacie obtenu en 1989, ainsi que d'un diplôme en pharmacie d'hôpital (1990), d'une M.Sc. (1995) et d'un MBA obtenu en 1997, Linda Vaillant est pharmacienne à l'Hôpital Royal Victoria de 1990 à 1997, avant de devenir chef du Département de pharmacie de l'Institut de Cardiologie de Montréal, poste qu'elle occupe de 1998 à 2005. Elle siège aussi au sein du conseil d'administration de l'A.P.E.S. de 1995 à 2005, où elle occupe tous les rôles au sein de l'exécutif, jusqu'à celui de présidente de 2002 à 2004. Elle remplace Manon Lambert à titre de directrice générale de l'A.P.E.S. à partir de 2005, poste qu'elle occupe depuis.

TABLEAU 32.
Présidents de l'A.P.E.S. de 1961 à 2010

Années	Noms
1961-1962	André Boissinot
1962-1964	Théophile Duchesne
1964-1966	Pierre-André Deniger
1966-1968	Jean Thibault
1968-1970	Georges Elliott
1970-1973	Yves Courchesne
1973-1976	Roger Leblanc
1976-1979	Guy Garon
1979-1980	Roger Leblanc
1980-1982	Donald Laberge
1982-1985	Roger Leblanc
1985-1989	François Schubert
1989-1990	Claire Pagé
1990-1991	Reynald Tremblay
1991-1992	Germain legault
1992-1995	Dolorès Lepage-Savary
1995-1997	Marc Parent
1997-1999	France de Villers
1999-2000	Patricia Lefebvre
2000-2002	Charles Fortier
2002-2004	Linda Vaillant
2004-2005	Johanne Asselin
2005-2008	Francine Lussier-Labelle
2008-2011	Charles Fortier

France De Villers, présidente de l'A.P.E.S. de 1997 à 1999.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Johanne Asselin, présidente de l'A.P.E.S. de 2004 à 2005.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Francine Lussier-Labelle, présidente de l'A.P.E.S. de 2005 à 2008.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

VERS LA RÉVISION DE LA GOUVERNANCE

L'augmentation soutenue des effectifs depuis le début des années 1990 ne s'est pas traduite par une modification des structures de l'A.P.E.S., le nombre d'administrateurs étant demeuré le même. Toutefois, cette situation a provoqué des discussions au conseil d'administration depuis le début des années 2000 afin de mieux couvrir toutes les régions de la province. Le projet de modification aux statuts et règlements de l'A.P.E.S. proposé en 2006, qui visait à augmenter la taille du conseil d'administration et à modifier les régions administratives, est mis en veille afin de procéder à la révision de la gouvernance. Ce dossier touche à la composition du conseil d'administration, à la représentativité des administrateurs au sein du conseil d'administration, aux modalités d'élection, au statut du président et au rôle du directeur général, entre autres [156].

Après la mise en veilleuse du dossier en 2008, qui force la suspension des élections et la prolongation du mandat des administrateurs en place, la révision de la gouvernance est complétée en 2009 grâce au soutien de l'Institut sur la gouvernance des organisations privées et publiques (IGOPP), et les nouveaux statuts sont adoptés en 2010. Dorénavant, les administrateurs sont sélectionnés selon des critères objectifs pour représenter un type de pratique basé sur les catégories d'établissements (CSSS, CHU, CHA) et peuvent provenir autant des régions urbaines que semi-urbaines afin de mieux refléter la composition de l'Association. Un comité de gouvernance et d'éthique relevant du conseil d'administration est mis sur pied pour assurer la relève des administrateurs, assurer la bonne marche des travaux du conseil d'administration et prendre en charge les communications, en plus de veiller au respect des questions éthiques. Par ailleurs, le comité exécutif est aboli, bien que certaines fonctions soient conservées, et les comités sont divisés en trois groupes, soit les comités du conseil d'administration, les comités prévus à l'entente de travail et les comités opérationnels. Les premiers font partie des statuts et règlements de l'A.P.E.S. et relèvent du conseil d'administration, alors que les seconds sont formés en vertu de l'entente. Les comités opérationnels relèvent pour leur part de la permanence de l'A.P.E.S.

La révision de la gouvernance a aussi mené à une définition plus claire du rôle du président, de la directrice générale et de la permanence afin de décharger le conseil d'administration des questions à caractère fiduciaire. Dorénavant, le mandat du président est d'une durée de trois ans, et non plus d'un an. L'augmentation des effectifs à la permanence de l'A.P.E.S. rendait la révision de la gouvernance essentielle, puisqu'une partie des tâches auparavant confiées au conseil d'administration relève désormais de la permanence. « Les changements apportés au modèle de gouvernance visent une gestion efficace, performante et orientée sur les résultats. Ils tendent également à faire contribuer au maximum les administrateurs de l'Association qui doivent être des visionnaires chargés d'orienter les destinées de notre association sans devoir se préoccuper des aspects opérationnels. Cette façon de gouverner sera plus exigeante pour les administrateurs, mais, du coup, beaucoup plus valorisante. Le CA deviendra créateur de valeurs, et cette nouvelle gouvernance permettra d'assurer la pérennité de l'A.P.E.S. [157] ».

Charles Fortier, président de l'A.P.E.S. de 2000 à 2002, puis depuis 2008.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

LES COMMUNICATIONS AU SEIN DE L'A.P.E.S.

Au milieu des années 2000, l'A.P.E.S. mise sur l'utilisation des nouvelles technologies pour entretenir les communications avec ses membres, alors que des efforts soutenus permettent à l'Association d'accroître sa visibilité dans les médias.

En 2006, le comité des communications est scindé en deux : les communications externes et les communications internes. Le premier vise à faire connaître les pharmaciens d'établissements aux patients et aux autres travailleurs du réseau de la santé. Il est formé de la directrice générale et de membres de l'A.P.E.S. Le second, formé de membres et de la directrice générale adjointe, a comme objectif d'améliorer les communications entre les membres de l'A.P.E.S. et le conseil d'administration, en plus de mettre en œuvre des moyens pour permettre un partage de l'information et des outils de travail entre membres.

Même si aucun plan de communication n'est officiellement adopté, le comité des communications externes entend accroître sa présence auprès des étudiants en participant notamment à la *Professional Development Week* de l'Association canadienne des étudiants et internes en pharmacie, la Journée carrière de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et les rencontres A.P.E.S.-SCPH avec les étudiants en pharmacie des deux universités québécoises. La diffusion de communiqués constitue un autre volet de la stratégie de communication grâce auquel l'A.P.E.S. prend position sur différents sujets, tels la politique du médicament, l'écart salarial entre le public et le privé en pharmacie, etc.

Le plan de communications externes est finalement soumis au conseil d'administration au cours de la retraite annuelle de juin 2007. Les activités répertoriées s'adressent autant au grand public qu'aux dirigeants du réseau de la santé pour mieux faire connaître la profession de pharmacien d'établissement, ses responsabilités et son rôle au sein des équipes de soins. Ce plan repose notamment sur la mise en place d'un groupe d'une quinzaine de porte-parole experts pour communiquer avec les médias dans leur champ d'expertise. À partir de ce moment, l'A.P.E.S. accroît sa couverture médiatique pour faire état de la pénurie de pharmaciens et diffuse bon nombre de communiqués et d'articles de journaux traitant du sujet. Ces efforts culminent en 2009 avec la diffusion d'un reportage sur le rôle du pharmacien en établissement de santé au réseau TVA, un reportage radiophonique sur le pharmacien à l'Hôpital St-Mary's, ainsi que la publication d'un dossier dans le quotidien *La Presse* sur le rôle du pharmacien au CHUM [158]. De plus, une brochure intitulée *Pharmacien d'hôpital : une profession en crise* est d'abord distribuée aux membres de l'Assemblée nationale et aux décideurs du réseau de la santé [159].

Brochure Pharmacien d'hôpital : une profession en crise

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Source : *La Presse,* 4 septembre 2009.

A 2 LA PRESSE MONTRÉAL VENDREDI 4 SEPTEMBRE 2009

PHARMACIES D'HÔPITAL TOUJOURS LA CRISE

À l'hôpital Notre-Dame du CHUM, le pharmacien Jean Morin rencontre les patients afin de déterminer la meilleure médication pour eux.

PHOTO DAVID BOILY, LA PRESSE

La situation ne cesse

Il y a exactement 10 ans, la quasi-totalité des 1000 pharmaciens des hôpitaux et des CHSLD, mécontents de leurs conditions de travail, avaient menacé de démissionner en bloc. Depuis, loin de s'améliorer, la situation s'est détériorée. Les professionnels se tournent en masse vers les pharmacies privées des grandes bannières. Dans les établissements de santé, il faudrait 20 % de pharmaciens de plus.

PASCALE BRETON

Les hôpitaux font face à une telle pénurie de pharmaciens que plusieurs font appel à des suppléants pour maintenir les services.

« La situation se dégrade de plus en plus. Ces été, certains hôpitaux ont presque dû faire de la magie pour ne pas fermer des services », affirme le président de l'Association des pharmaciens des établissements du Québec (APEQ), Charles Fortier.

Un hôpital ne peut fonctionner sans pharmacien. Mais faute d'en avoir un nombre suffisant, plusieurs doivent réduire les services. Impossible de retirer les pharmaciens de la pharmacie centrale – centre névralgique de distribution des médicaments – ou de certains services comme l'oncologie.

Ce sont d'autres unités qui écopent, notamment les services de gériatrie. Pour les patients, les conséquences sont importantes.

De plus en plus d'établissements embauchent donc des pharmaciens suppléants par l'intermédiaire d'agences de placement. Or, alors qu'un pharmacien en établissement est payé entre 33 et 41,25 $ l'heure, l'hôpital verse de 100 à 120 $ l'heure à l'agence de placement, indique l'APEQ. S'ajoutent les frais liés au transport et à l'hébergement ainsi que le tarif du pharmacien de garde.

« Il faut une meilleure reconnaissance. On a investi socialement pour former des pharmaciens qui ont un rôle à jouer dans les unités, et pas seulement un rôle de distribution. » – Diane Lamarre, présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Cette situation « donne le goût aux autres d'aller en faire, de la suppléance. Le drame, c'est que, il y a 15 ans, on n'avait pas de problème. Aujourd'hui, plus ça va, plus la pénurie s'aggrave. Je ne peux pas dire qu'il y a des solutions qui poindent à l'horizon », explique M. Fortier.

Pour l'APEQ, la solution passe par une hausse de la rémunération. L'écart salarial moyen entre les pharmaciens des hôpitaux et ceux des grandes bannières est de 30 %. Et dans certaines pharmacies privées, le salaire peut atteindre 60 $ de l'heure, estime l'Association qui s'apprête à revendiquer l'équité aux prochaines négociations prévues en 2010.

Le pharmacien qui travaille à l'hôpital a généralement fait de plus longues études. « C'est un peu illogique de dire : "Je vais faire deux années d'université de plus pour avoir une maîtrise, je vais travailler dans un centre hospitalier où les gens sont plus malades, reçoivent une thérapie plus complexe, des médicaments plus puissants, ce qui me demande des connaissances plus grandes, un stress plus grand, pour gagner 30 % de moins." Ça ne marche pas. », lance M. Fortier.

De plus, depuis quelques années, les grandes bannières viennent recruter les étudiants à l'université dès la deuxième année. Elles leur offrent de payer leurs études et leur permettent du travail lorsqu'ils seront diplômés.

C'est un phénomène relativement nouveau, explique la secrétaire de la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, Claudine Laurier. « Il y a quelques années, ça n'existait pas. Est-ce que ça s'est accentué depuis deux ou trois ans ? C'est difficile à dire. »

Cette année, l'Université de Montréal a toutefois réussi à recruter plus de candidats à la maîtrise que ce qu'elle espérait. Par contre, l'Université Laval, où se trouve l'autre faculté de pharmacie, n'a pas eu cette chance. Des postes en maîtrise n'ont pas été pourvus cette année.

Pour attirer les étudiants à la maîtrise, Québec a offert 70 bourses de 30 000 $, dont 61 ont trouvé preneur cette année.

Récemment, l'échelle salariale a été revue. En collaboration avec l'Ordre des pharmaciens, le ministère de la Santé et des Services sociaux revoit également l'organisation des services pharmaceutiques dans les établissements.

« Nous sommes conscients qu'il existe encore une pénurie mais nous espérons que ces mesures amélioreront la situation », indique la porte-parole du Ministère, Dominique Breton.

L'APEQ est plus sceptique et estime que les résultats sont mitigés. D'ailleurs, tous ne font pas la même évaluation de la pénurie. Les pharmaciens des établissements estiment qu'il manque 200 professionnels tandis que le Ministère évalue qu'il en manque 160.

Il faut bonifier la rémunération, mais aussi valoriser la profession, croit pour sa part la présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec, Diane Lamarre.

« Il faut une meilleure reconnaissance. On a investi socialement pour former des pharmaciens qui ont un rôle à jouer dans les unités, et pas seulement un rôle de distribution. »

La contribution du pharmacien dans une équipe de soins assure une meilleure protection au patient, ajoute Me Lamarre.

Pharmacien en établissement, une profession méconnue

PASCALE BRETON

La pharmacie ? Il y a le Jean Coutu, de l'autre côté de la rue, lance l'agent de sécurité posté à l'entrée de l'hôpital. En une phrase, il illustre à quel point la profession de pharmacien en établissement est méconnue.

Pourtant, il existe bel et bien des pharmaciens dans les hôpitaux. Le pharmacien est même aux premières loges des soins donnés aux patients. « Souvent, les gens nous voient comme des distributeurs de pilules. Ils ne savent pas toujours qu'on existe. Ils ne savent pas qu'on peut les aider à améliorer leurs soins », raconte Francine Tétrault, pharmacienne aux soins intensifs du CHUM.

Le pharmacien est de plus en plus intégré aux équipes de soins, aux côtés des médecins et des infirmières. Par ses connaissances globales de la pharmacothérapie, il peut notamment prévenir des erreurs dans la prescription ou l'administration de médicaments.

« Le nombre de médicaments a augmenté. Chaque patient prend en moyenne une dizaine de médicaments. Il faut s'assurer que dans la liste d'épicerie, il n'y a pas de mauvaises interactions ou un mauvais dosage », explique le chef du département de pharmacie au CHUM, Denis Bois.

Lorsqu'il est question d'administrer des médicaments, aucune erreur n'est souhaitable. Mais certaines peuvent entraîner des conséquences pires que d'autres.

« Si on donne deux doses de vitamine C, les conséquences sont beaucoup moins graves que si on administre deux doses de morphine. Le patient peut alors cesser de respirer », illustre M. Bois.

Si la présence des pharmaciens est profitable dans les unités de soins, la pénurie oblige toutefois les hôpitaux à faire des choix difficiles.

Impossible de supprimer les services à la pharmacie centrale. C'est le centre névralgique, là où sont préparés les médicaments destinés aux patients.

Après la distribution, des secteurs comme l'oncologie, les urgences, les soins intensifs et la transplantation sont également cruciaux. Pas question de faire des coupes dans ces secteurs.

En oncologie, par exemple, le pharmacien rencontre tous les nouveaux patients. Il discute avec eux du traitement à suivre en vue de leur chimiothérapie. Il est le mieux placé pour connaître l'effet des médicaments complexes qui sont administrés pour lutter contre le cancer.

Le pharmacien doit travailler à l'hôpital a généralement fait de plus longues études. « C'est un peu illogique de dire : "Je vais faire deux années d'université de plus pour avoir une maîtrise, je vais travailler dans un centre hospitalier où les gens sont plus malades, reçoivent une thérapie plus complexe, des médicaments plus puissants, ce qui me demande des connaissances plus grandes, un stress plus grand, pour gagner 30 % de moins." Ça ne marche pas. », lance M. Fortier.

Le pharmacien discute régulièrement du cas d'un patient avec son collègue en pharmacie privée, souvent moins au fait des dernières connaissances en oncologie.

À l'hôpital, le pharmacien vérifie aussi les analyses des patients pour s'assurer que les médicaments ne causent pas d'interaction. Au CHUM, une ordonnance collective permet aux pharmaciens de prescrire eux-mêmes des antinauséeux aux patients.

« Notre rôle est très important parce que si le patient ressent des effets secondaires notables ou qu'il cesse de prendre ses médicaments, le traitement ne fonctionne pas », explique Jean Morin, coordonnateur des soins pharmacoutiques en oncologie.

Le pharmacien joue aussi un rôle de premier plan aux urgences. Ici, le roulement est constant. Les patients sont nombreux, il y a régulièrement 70 patients couchés sur les civières.

Dans l'idéal, le pharmacien rencontrerait personnellement chacun des patients. Mais comme il doit passer une vingtaine de minutes auprès de chacun d'eux pour déterminer le profil pharmacologique, c'est impensable.

Il faut déterminer ce qui amène le patient aux urgences et établir son profil pharmacologique. Mais le problème est que le malade est souvent confus, parfois inconscient. Ici aussi, le pharmacien en établissement parle régulièrement avec ses collègues qui pratiquent au privé dans les grandes chaînes.

« C'est le pharmacien communautaire qui a l'information sur le dossier du patient. Quand le patient me dit : "Je prends une petite pilule bleue", ce n'est pas suffisant », illustre Lyne Delorme, pharmacienne aux urgences.

Aux urgences, le travail pèse partiellement lourd car le débit est rapide. Il faut déterminer des priorités, notamment réviser rapidement les prescriptions pour éviter les risques d'erreur.

Même s'il manque de personnel et que le travail est parfois plus lourd, c'est la passion qui anime ces professionnels. « J'ai le sentiment de participer aux décisions, d'être proactive, dit Me Delorme. Je n'attends pas juste la prescription. »

« J'ai le sentiment de participer aux décisions, d'être proactive. Je n'attends pas juste la prescription. »

SOMMAIRE

Annonces vous?	SPORTS 6
Astrologie du jour	AFFAIRES 10
Bourses	AFFAIRES 3,7 et 8
Décès	AFFAIRES 12
Feuath	à 14 et 15
Horaire télévision	ARTS 10
Loteries	à 2
Monde	A 12 et 13
Petites annonces	AFFAIRES 4 et 9
Sudoku	AFFAIRES 4

Météo
Généralement ensoleillé, maximum 25, minimum 19. AFFAIRES 9

VOUS AVEZ UNE NOUVELLE À NOUS TRANSMETTRE?
nouvelles@lapresse.ca

UN COMMENTAIRE SUR NOTRE JOURNAL?
commentaires@lapresse.ca

LA PRESSE MONTRÉAL VENDREDI 4 SEPTEMBRE 2009 A 3

PHARMACIES D'HÔPITAL TOUJOURS LA CRISE

Pour l'Association des pharmaciens des établissements du Québec, enrayer la pénurie de pharmaciens passe par une hausse de la rémunération.

PHOTO DAVID BOILY, LA PRESSE

de se détériorer

Le pharmacien est de plus en plus intégré aux équipes de soins afin de prévenir les erreurs dans les prescriptions. Sur notre photo, Eddy Hubert Jr., technicien en pharmacie à l'hôpital Notre-Dame.

PHOTO DAVID BOILY, LA PRESSE

LES PHARMACIENS D'ÉTABLISSEMENT EN CHIFFRES

53 % des établissements de santé ont fait appel à un pharmacien dépanneur en 2006-2007 comparativement à 41 % l'année précédente.

7 986 h Les pharmaciens dépanneurs ont fait 7 986 heures de dépannage en 2008-2009, comparativement à 4 591 heures en 2007-2008.

40,5 Âge moyen des pharmaciennes dans les établissements.

45,7 Age moyen de leurs collègues masculins, toujours dans les hôpitaux.

33,88 à 41,24 $ C'est le salaire horaire d'un pharmacien en établissement, selon son ancienneté.

12 ans Moyenne d'années d'expérience des pharmaciens en établissement qui quittent le réseau pour aller travailler dans les pharmacies privées ou l'industrie pharmaceutique.

8 marque 1 pharmacien sur 5 dans les établissements de santé.

– Pascale Breton

Source : Association des pharmaciens des établissements du Québec

Source : *La Presse,* 4 septembre 2009.

La tournée du président est quant à elle une activité dont l'ampleur diminue au sein de l'A.P.E.S. Étant donné que la participation diminue constamment depuis la fin des années 1990, seulement 192 membres y participant en 2006, le conseil d'administration décide de ne faire la tournée que lorsque nécessaire, soit pour traiter de questions particulières. Malgré cela, la participation stagne, particulièrement en 2009 alors que seulement 108 membres y participent [160]. Cette tournée qui permet de voyager à travers la province a tout de même donné l'occasion de rencontrer les médias locaux et de donner une couverture importante à la situation des pharmaciens des établissements de santé.

À la suite des demandes des membres, une refonte du site Web est entreprise en 2007 par le comité des communications internes afin de rendre le site plus interactif. Ce projet, amorcé en 2004, visait à connaître les besoins des membres envers leur site Web par un sondage. L'objectif est de permettre aux membres de déposer sur le site des documents accessibles aux autres membres,

d'enrichir le contenu et d'en rendre la consultation plus facile pour les nouveaux membres [161]. La société qui fournit le matériel nécessaire à la conception et l'hébergement du nouveau site fait cependant faillite, et le projet est reporté à quelques reprises. L'embauche d'un édimestre, Mario Poitras, en 2010, permet le lancement du nouveau site en décembre 2010.

Page d'accueil du site Web actuel de l'A.P.E.S.

LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le développement des intérêts professionnels des membres et l'avancement de la pratique ont toujours constitué deux éléments centraux de la mission de l'A.P.E.S. Pendant de nombreuses années, les ressources dont dispose l'Association pour répondre à ces objectifs sont en grande partie mobilisées par la négociation d'une entente de travail. Malgré cette contrainte, les administrateurs réussissent, grâce à des prises de position souvent avant-gardistes, à faire reconnaître le rôle essentiel des pharmaciens dans les établissements de santé à l'égard de la prestation sécuritaire des services pharmaceutiques, en plus de faire la promotion du rôle clinique du pharmacien.

Jusqu'au début des années 1990, les interventions de l'A.P.E.S. demeurent toutefois ponctuelles et ne surviennent souvent qu'en réaction à des dossiers affectant la pratique pharmaceutique en établissement de santé. L'embauche d'un directeur général en 1992 permet finalement de consolider les actions de l'A.P.E.S., d'assurer un meilleur suivi des dossiers et de se doter d'une vision intégrée du développement de la pratique pharmaceutique. Ainsi, depuis 50 ans, les travaux de l'A.P.E.S., qui comprennent autant les interventions auprès du gouvernement et des partenaires du réseau de la santé que les outils développés pour aider les membres dans leur milieu de pratique, ont grandement contribué à l'avancement de la pratique de la pharmacie hospitalière et, à certains égards, au progrès de la profession en général.

Reconnaissance et organisation des services pharmaceutiques dans les hôpitaux québécois (1960-1970)

Dès le départ, les interventions de l'A.P.E.S. visent à accroître la reconnaissance des pharmaciens d'hôpitaux autant dans le milieu pharmaceutique que dans le réseau de la santé. L'une des premières interventions de l'Association consiste à réclamer une place au sein du Collège des pharmaciens. Dans la foulée de la refonte de la *Loi de pharmacie* amorcée en 1961, ils réclament la création d'un comité de pharmacie d'hôpital ainsi qu'une présence accrue des pharmaciens d'hôpitaux dans les structures du Collège de pharmacie [162]. L'APHPQ demande aussi, en 1965, à ce qu'un siège de gouverneur au sein du Collège des pharmaciens soit octroyé aux pharmaciens d'hôpitaux, mais cette demande n'a jamais eu de suite [163].

L'autre dossier majeur pendant la décennie concerne l'élaboration des règlements de la *Loi des hôpitaux*. Bien que la loi soit adoptée en 1962, les luttes entre médecins, administrateurs et législateurs retardent l'élaboration des règlements pour déterminer les conditions d'admission des médecins et des dentistes dans les hôpitaux, ainsi que l'organisation des soins dans les établissements de santé [164]. Plus de sept ans ont été nécessaires avant que les règlements de la *Loi des hôpitaux* ne soient adoptés. La tâche était monumentale, d'abord étant donné les tensions entre les divers intervenants, mais aussi considérant le fait que le directeur général du service d'assurance hospitalisation demande à ce que des règlements soient

préparés pour tous les domaines concernés, ce qui inclut la pharmacie. Un comité consultatif du Collège des pharmaciens, composé de six représentants des différentes régions de la province, est donc formé en 1962. Il est prévu qu'un pharmacien d'hôpital, Gilles Caron, serve d'agent de liaison entre le service d'assurance hospitalisation et le comité consultatif [165]. Devant regrouper à l'origine des membres du Collège des pharmaciens, ce comité est scindé en deux, et un comité des pharmaciens d'hôpitaux, indépendant du comité consultatif, est formé pour traiter de la pharmacie hospitalière. Les recommandations de ce comité doivent ensuite être mises en commun avec celles du comité consultatif du Collège des pharmaciens, en vue d'élaborer des règlements généraux qui constituent les normes minimales pour la pharmacie d'hôpital, autant pour le personnel que pour les installations [166].

Par ailleurs, l'APHPQ est fondée à un moment où le réseau de la santé québécois est en pleine transformation. Dans ce contexte, les pharmaciens d'hôpitaux, qui forment un groupe de professionnels relativement restreint dans le réseau, cherchent à se faire connaître, et surtout à faire reconnaître que la présence de pharmaciens qualifiés est indispensable dans les hôpitaux en raison de l'évolution des thérapeutiques et de l'émergence de médicaments plus puissants provenant de l'industrie pharmaceutique. L'APHPQ, puis la SPPH, militent donc auprès des autorités gouvernementales pour que les normes, telles la nécessité de confier la responsabilité du service de pharmacie à un pharmacien licencié et l'embauche d'un pharmacien pour chaque tranche de 100 lits, soient respectées.

Tout au long de la décennie 1960, les dirigeants de l'APHPQ interviennent dans différents dossiers professionnels en formant des comités ou en produisant des mémoires. En plus de présenter une série de mémoires auprès du Service d'assurance hospitalisation et de la Commission Castonguay pour faire reconnaître le rôle du pharmacien dans les hôpitaux [167], certains administrateurs de l'APHPQ et de la SPPH participent à la mise sur pied du système universel de santé en collaborant notamment à la constitution de la liste de médicaments assurés par le gouvernement, à la création de l'assistance médicaments et à l'élaboration de normes pour la pharmacie hospitalière [168]. La notoriété ainsi acquise contribue à la reconnaissance du rôle des pharmaciens dans les hôpitaux. En plus des règlements de la *Loi des hôpitaux* qui, en 1969, stipulent que « tout hôpital doit être pourvu d'un service de pharmacie correspondant à ses besoins, sous la direction d'un pharmacien licencié [169] », la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, sanctionnée en 1972, rend enfin obligatoire l'organisation d'un service de pharmacie dans tous les hôpitaux.

TABLEAU 33.
Liste partielle des interventions officielles de l'APHPQ

Année	Titre du mémoire	Description
1962	Mémoire (Salaire + *Loi des hôpitaux et ses règlements*)	n. d.
1965	Mémoire en regard des pharmaciens d'hôpitaux et des services pharmaceutiques dans le plan de l'assurance hospitalisation du Québec	Expose les difficultés auxquelles font face les pharmaciens d'hôpitaux et suggère des améliorations à apporter dans le contexte de l'assurance hospitalisation pour améliorer les conditions de travail des pharmaciens d'hôpitaux.
1965	Mémoire au Comité conjoint du Conseil législatif et de l'Assemblée législative sur l'assurance santé	Fait ressortir l'importance des services pharmaceutiques depuis l'assurance hospitalisation en vue de l'établissement de l'assurance santé. On y retrouve des recommandations en ce qui concerne l'organisation des services pharmaceutiques dans les hôpitaux, les formulaires, la rémunération et les normes de service.
1967	Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social	Contient quelques recommandations sur les normes, les pharmaciens licenciés à la tête des services de pharmacie et vise surtout à faire reconnaître le rôle professionnel du pharmacien d'hôpital.
1967	Mémoire présenté aux membres du comité des relations de travail	L'application de l'article 21 a favorisé une augmentation considérable des conditions de travail des pharmaciens d'officine. L'APHPQ réclame une augmentation de salaire pour s'approcher de ce qui est offert dans le milieu privé (c.à-d. salaire de base de 12 000 $ à l'hôpital, plus avantages sociaux et un supplément pour le DPH).

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Par ailleurs, les dirigeants de la SPPH sont de plus en plus sollicités par des organismes externes pour faire partie de comités divers. Le Collège des pharmaciens fait de plus en plus appel aux pharmaciens d'hôpitaux, notamment pour le comité sur l'éducation continue. L'expertise des membres de la SPPH est sollicitée pour le comité conjoint avec l'industrie qui étudie la présentation de nouveaux médicaments ou le comité de la RAMQ mis sur pied en 1970. Par ailleurs, la SPPH est appelée à se prononcer sur les programmes de formation en pharmacie à l'Université Laval en participant aux travaux du comité de la Commission Bonneau (1969) et à la formation d'une classe d'auxiliaires en pharmacie en faisant partie du comité des techniciens en pharmacie (1969).

Outre la défense des intérêts des membres sur la scène politique, l'Association fournit, par l'intermédiaire de divers comités, le soutien nécessaire à ses membres pour organiser des services pharmaceutiques. Alors que certains comités multiplient les interventions, notamment auprès de l'industrie pharmaceutique pour faire connaître les besoins des pharmaciens d'hôpitaux en ce qui concerne, par exemple, l'étiquetage de médicaments, plusieurs autres comités ont pour objectif de développer des outils de travail. À compter de 1969, ces comités bénéficient ainsi de la publication du *Bulletin d'information* pour diffuser leurs travaux. L'élaboration de coffrets d'urgence, la marche à suivre pour rédiger le rapport annuel du service de pharmacie, des formulaires pour les médicaments en essais cliniques, les différents éléments à intégrer dans un formulaire d'établissement, ou encore, la liste des livres et des revues constituant la bibliothèque d'un service de pharmacie, sont quelques-uns des outils qui y sont publiés.

En outre, tout au long de la décennie, les dirigeants de l'APHPQ, puis de la SPPH, interviennent dans différents dossiers professionnels en formant divers comités pour étudier, entre autres, la question des médicaments en essais cliniques, la distribution d'échantillons de médicaments dans les hôpitaux, la modification à la *Loi sur les stupéfiants* qui empêche les pharmaciens de signer les registres de stupéfiants dans plus d'un établissement, ou encore l'élaboration d'une liste provinciale de médicaments. L'APHPQ et la SPPH forment aussi des comités pour étudier le projet de règlement du Collège des pharmaciens sur le dossier-patient, étudient la possibilité de former une catégorie de personnel auxiliaire et se prononcent sur le recours aux pharmaciens communautaires par les hôpitaux.

Pharmacie clinique et contrôle de la distribution et de l'utilisation des médicaments (1970-1980)

Au milieu des années 1970, la situation financière de l'A.P.E.S. rend maintenant possible l'octroi d'une somme au conseil exécutif pour assurer la représentation des membres auprès du MAS, de l'OPQ, et des autres partenaires du réseau de la santé. Les interventions visent alors à s'assurer que le contrôle de la distribution et de l'utilisation des médicaments dans les établissements de santé soit confié aux pharmaciens comme le prescrivent les nouvelles dispositions de la LSSSS et de la *Loi sur la pharmacie* de 1973.

L'une des premières préoccupations de l'A.P.E.S. a été d'assurer l'organisation des services pharmaceutiques dans les établissements de santé en participant à l'élaboration de normes de services pharmaceutiques adoptées par le MAS en 1974 et à leur mise à jour à la fin de la décennie. L'A.P.E.S. cherchait ainsi à s'assurer que chaque établissement de santé offrait des services pharmaceutiques sous la gouverne d'un pharmacien licencié. Les dirigeants de l'A.P.E.S. ont aussi soumis leurs suggestions pour la modification du chapitre 48 de la LSSSS afin de définir le rôle du pharmacien d'établissement.

L'un des principaux objectifs que se fixe l'A.P.E.S. pendant cette période est de s'assurer que l'acte pharmaceutique soit toujours accompli par des pharmaciens pour garantir la continuité dans les services pharmaceutiques. La mise en place d'un système de garde et la dispensation de services pharmaceutiques par les pharmaciens dans les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) sont les deux avenues privilégiées pour atteindre cet objectif. Depuis le début des années 1970, l'A.P.E.S. se préoccupe de l'offre de services pharmaceutiques dans les centres d'hébergement pour personnes âgées. Des études démontrent que la consommation de médicaments y est des plus importantes dans ces institutions qui, dans la plupart des cas, ne font aucunement appel à des pharmaciens pour offrir les services pharmaceutiques. L'A.P.E.S. tente

de développer des normes pour les services pharmaceutiques dans ces établissements et cherche à assurer la présence des pharmaciens dans tous les secteurs du réseau de la santé, notamment dans les centres d'accueil et dans les CLSC, pour permettre une meilleure distribution de la médication, et par le fait même, une meilleure utilisation ; le pharmacien étant sur place pour offrir les conseils, contrôler les coûts, etc. Parallèlement, l'A.P.E.S. s'intéresse aussi à la pratique en centre d'accueil et publie un *Guide des services pharmaceutiques en centre d'accueil* en 1980.

Aussi, afin d'assurer la continuité de l'acte pharmaceutique, l'A.P.E.S. cherche à implanter un système de garde. Elle obtient, lors de la signature du protocole d'entente en 1976, l'implantation d'un système de garde assurant un partage équitable des disponibilités entre pharmaciens ainsi que l'octroi d'un montant forfaitaire pour ces tâches. Alors que les CAH sont les établissements où la consommation de médicaments est la plus forte, les administrateurs de l'A.P.E.S. militent aussi pour que les services pharmaceutiques y soient assurés par des pharmaciens d'hôpitaux à qui un montant forfaitaire devrait être octroyé, ainsi que pour une mise à jour des normes sur les effectifs pharmaceutiques dans ces milieux reflétant mieux la charge de travail.

Au tournant des années 1980, l'A.P.E.S. entend favoriser le développement du rôle clinique du pharmacien. En plus de diffuser les travaux des membres grâce à la chronique « Information et développement » publiée dans le *Bulletin d'information* et de mettre sur pied, en 1985, les SPOC, les dirigeants de l'A.P.E.S. cherchent à démontrer que l'apport du pharmacien aux soins des malades doit se refléter dans la structure organisationnelle de l'hôpital. Grâce aux représentations de l'A.P.E.S. dans le cadre de la Commission permanente des affaires sociales en 1981, les modifications législatives adoptées par le gouvernement précisent le rôle du pharmacien et confirment sa juridiction sur le contrôle des médicaments. La *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* (Loi 27) et ses règlements adoptés en 1984 transforment le service de pharmacie en département rattaché à la direction des services professionnels, intègrent les pharmaciens au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et modifient le processus de nomination des chefs de département de pharmacie, en plus de rendre plusieurs activités cliniques, telles les revues d'utilisation des médicaments, obligatoires. Dans les années qui suivent, l'A.P.E.S. met sur pied une série de comités pour soutenir le développement des activités cliniques chez ses membres, comme par exemple pour implanter un programme d'appréciation de la qualité ou encore, pour fournir des balises pour la rédaction des notes d'évolution.

Par ailleurs, les dirigeants de l'A.P.E.S. de l'époque font preuve, à plusieurs égards, d'une vision avant-gardiste de la pratique. Depuis la fin des années 1960, ils appuient la création d'une classe d'assistants en pharmacie puisqu'il s'agit d'une « occasion rêvée de séparer les activités techniques des activités professionnelles du pharmacien » et de permettre au pharmacien « d'exercer son activité dans toutes les sphères où son jugement professionnel est requis [170] ». Face au refus de la profession d'établir une classe d'auxiliaires, les pharmaciens d'établissements de santé développent des mécanismes pour déléguer certaines tâches aux assistants techniques et appuient la création d'un programme d'assistance technique en pharmacie (diplôme d'études professionnelles) qui voit le jour en 1987.

Au sein de l'A.P.E.S., il est largement reconnu que l'application de la pharmacie clinique nécessite une formation adaptée aux besoins de la pratique. Ainsi, lors de la révision des stages professionnels par l'OPQ au début des années 1970, l'Association s'oppose à la diminution de leur durée et en recommande plutôt l'intégration aux programmes universitaires. Les administrateurs de l'A.P.E.S. sont aussi conscients qu'une formation spécifique à la pharmacie hospitalière est essentielle. C'est pourquoi, au milieu des années 1970, l'A.P.E.S. collabore activement au rehaussement du programme de 2e cycle en pharmacie hospitalière offert à l'Université Laval. Ce programme ainsi que celui déjà offert à l'Université de Montréal contribuent à la formation de cohortes d'étudiants qui, à leur arrivée sur le marché du travail, vont favoriser l'expansion des services cliniques pharmaceutiques dans les établissements de santé de la province. De même, l'A.P.E.S. instaure, dès 1977, un programme d'éducation permanente pour assurer la mise à jour des connaissances des pharmaciens d'établissements de santé. Ce sera d'ailleurs dès lors l'un des principaux rôles de l'Association.

Au début des années 1980, des études réalisées par l'A.P.E.S. démontrent un manque de ressources professionnelles dans les établissements de santé. Le sondage commandé par le conseil d'administration au comité d'évaluation et de planification des effectifs révèle une pénurie de 350 pharmaciens dans les établissements de santé au Québec. Le dossier des effectifs devient dès lors une priorité pour l'A.P.E.S. qui entend agir sur deux plans : d'abord auprès du MAS pour déterminer les normes provinciales, faire ouvrir des postes là où il y a urgence et augmenter le nombre de résidents en pharmacie d'hôpital, et ensuite auprès de l'OPQ pour que la *Loi de pharmacie* soit respectée dans les établissements de santé [171]. L'Ordre choisit d'intervenir rapidement dans le dossier et forme un comité conjoint OPQ-A.P.E.S. chargé d'étudier le dossier et de faire des recommandations pour les interventions éventuelles auprès du MAS et des directions générales d'établissements. Robert Létourneau et Denyse Demers sont les représentants de l'A.P.E.S. au sein de ce comité.

L'A.P.E.S. et le développement des soins pharmaceutiques (1990-2000)

L'embauche d'un directeur général en 1992 permet finalement de mieux consolider les actions et les représentations de l'A.P.E.S., en plus d'assurer un suivi constant de tous les dossiers. En 1996, un premier exercice de planification stratégique – *Virage 2000* – est lancé afin de cerner l'orientation future de l'A.P.E.S. dans un contexte de restructuration du réseau de la santé [172]. En réponse à la volonté exprimée par les membres d'intégrer les soins pharmaceutiques à leur pratique, l'A.P.E.S. s'engage à les soutenir pour favoriser la réingénierie des processus et les libérer des tâches techniques, en plus de leur fournir les outils nécessaires pour appliquer les soins pharmaceutiques dans leur milieu de travail.

Dans les années qui suivent, divers groupes de travail sont mis sur pied pour atteindre les objectifs fixés par *Virage 2000.* Celui portant sur la réingénierie des processus publie un document, *La distribution des médicaments : un questionnement s'impose*, qui propose des pistes de solution afin de diminuer le temps consacré par les pharmaciens à la distribution ou aux activités techniques [173]. Les représentations de l'A.P.E.S. mènent aussi à la mise en place par le MSSS du groupe de travail multidisciplinaire sur les systèmes automatisés et robotisés dans la distribution des médicaments (SARDM) en 2004, dont les premières phases de travail sont amorcées en 2008. Enfin, l'A.P.E.S. participe aussi aux travaux pour bonifier la formation des assistants techniques et joue un rôle crucial dans la révision de la norme 90.01 de l'OPQ pour faciliter la délégation de la vérification contenant-contenu aux assistants techniques.

En plus de s'impliquer dans divers dossiers pour promouvoir les soins pharmaceutiques en centre de soins de courte durée, l'A.P.E.S. favorise aussi leur implantation dans les CHSLD et CLSC. Outre la publication des guides de soins et services pharmaceutiques en CHSLD et CLSC, le comité des alternatives à l'hospitalisation est aussi mis sur pied et publie, en 1996, le document *Stratégies d'implantation des soins pharmaceutiques ambulatoires* pour favoriser l'implantation des pharmaciens d'établissements dans ces milieux. L'A.P.E.S. espère que la production de son document permettra aux membres de proposer leurs services en CLSC [174]. Le développement des soins pharmaceutiques est aussi intégré au programme d'éducation permanente de l'A.P.E.S. et une série d'activités de formation et de séminaires régionaux sont offerts pour actualiser les connaissances des membres.

L'A.P.E.S. offre aussi son soutien financier au Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM), mis sur pied en 1991 [175]. Comptant plus de 80 établissements membres dès sa première année d'activités, le RRUM réalise les revues d'utilisation de médicaments jusqu'à son intégration au Conseil du médicament en 2002. Miné par des difficultés financières à la fin des années 1990, l'impact du RRUM sur la pratique pharmaceutique dans les établissements de santé s'amenuise au fil des ans. Malgré tout, cet organisme représente une première percée des pharmaciens d'hôpitaux dans les structures de l'Association des hôpitaux du Québec. En effet, Manon Lambert, pharmacienne au centre hospitalier Anna-Laberge en est nommée coordonnatrice de 1991 à 1995, avant que Chantal Guèvremont, pharmacienne à l'Hôpital général de Montréal ne lui succède. Avec la transformation du Conseil consultatif de pharmacologie en Conseil du médicament et l'intégration du RRUM à cette nouvelle structure, les activités multicentriques de revues d'utilisation de médicaments cessent à la fin des années 1990.

L'avenir de la pharmacie hospitalière

Au début des années 2000, l'A.P.E.S. participe à la révision des champs de pratique, un dossier qui, selon la directrice générale de l'époque, Manon Lambert, « est extrêmement important pour le positionnement futur des pharmaciens d'établissements au sein du réseau de la santé. Il l'est également pour s'assurer que les innovations de pratique conduisant à des effets positifs pour les patients seront officiellement reconnues [176] ». L'A.P.E.S. participe aussi aux échanges avec l'Association des conseil de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP), l'Association médicale du Québec et le Collège des médecins sur le sujet, en plus de présenter un mémoire au groupe de travail sur les professions de la santé et les relations humaines. « L'Association a mis beaucoup de ressources et d'énergie dans ce dossier parce qu'elle croit qu'il faut reconnaître officiellement les pratiques novatrices qui tirent leurs origines de l'exercice de la pharmacie en établissement de santé et qui ont procuré des avantages significatifs aux patients [177] ». Avec l'adoption du projet de loi 90 en 2002, les pharmaciens ont obtenu l'activité réservée qui leur permet d'initier et d'ajuster des traitements. L'A.P.E.S. a par la suite dû entreprendre une série de représentations auprès de l'OPQ, de l'ACMDP et du Collège des médecins pour que la nouvelle loi puisse s'appliquer avec souplesse tout en respectant les autorités locales en ce qui concerne les actes pharmaceutiques.

Les représentations de l'A.P.E.S. contribuent à faire reconnaître de nouvelles activités (initiation et ajustement des traitements) aux pharmaciens, mais échouent dans leur tentative de rendre ces actes entièrement autonomes pour les pharmaciens d'établissements. Ces derniers resteront déçus de n'avoir pu obtenir le soutien nécessaire de l'OPQ dans ce dossier.

Par ailleurs, depuis le milieu des années 1990, le dossier de la spécialisation des pharmaciens revient périodiquement à l'ordre du jour. Au milieu des années 2000, un projet de règlement sur la spécialisation en pharmacie est finalement déposé par l'OPQ auprès de l'Office des professions du Québec. Malheureusement, encore aujourd'hui, ce projet n'obtient pas l'aval des autorités gouvernementales. Dans ce contexte, l'A.P.E.S. continue toujours à promouvoir la spécialisation et à forcer le maintien de ce dossier parmi les priorités de l'OPQ. L'avenir de la pharmacie hospitalière passe nécessairement par la reconnaissance formelle de sa pratique spécialisée, pratique reconnue quotidiennement par les médecins et les autres professionnels de la santé avec lesquels le pharmacien d'établissement fait équipe pour prodiguer des soins complexes aux patients québécois.

En collaboration avec une firme de consultants, l'A.P.E.S. réalise un nouveau processus de planification stratégique en 2004 par des consultations auprès des membres et des partenaires par l'intermédiaire du courrier, d'auditions de groupes témoins, de rencontres avec des experts et des partenaires. Les données recueillies ont permis de déterminer les thèmes et sous-thèmes du colloque tenu en juin 2004 à la suite duquel les membres du conseil d'administration ont retenu six champs d'action et 38 objectifs. Le plan stratégique ainsi développé est scindé en deux parties pour couvrir les périodes 2005 à 2007 et 2007 à 2010.

Outre ces dossiers, l'A.P.E.S. voit à l'avancement de la pratique en formant divers comités, que ce soit pour développer un guide de rédaction des notes d'évolution, pour mettre sur pied un processus d'appréciation de la qualité ou pour offrir du soutien aux départements de pharmacie s'adonnant à la recherche clinique par la mise sur pied du comité sur la recherche clinique (services de médicaments en études cliniques – SMEC). Ce dernier produit un premier guide en 1991 pour soutenir les pharmaciens s'adonnant à ces activités, guide qui est mis à jour en 1996 pour actualiser les grilles de tarification et la rémunération en vigueur [178].

L'A.P.E.S. multiplie aussi les interventions dans les différents dossiers ayant un impact sur le développement de la pharmacie, notamment la proposition d'une ligne Info-médicaments, la mise sur pied de la carte santé et l'introduction du doctorat professionnel en pharmacie, projet auquel elle donne son appui en 2004.

En 2003, l'A.P.E.S. s'engage dans la production de vidéos, particulièrement pour la mise à niveau des techniques de manipulation des antinéoplasiques. En 2006, une entente est conclue avec la SCPH pour assurer la promotion de la version anglaise des vidéos dans le reste du Canada.

En 2004, l'A.P.E.S. se donne pour objectif d'élaborer des lignes directrices concernant la pratique pharmaceutique

dans les établissements de santé et qui porteront sur la prévention des risques, la technologie et l'éthique de la pratique pharmaceutique. Le mandat est confié à un comité permanent de l'A.P.E.S. Ce dernier doit procéder à la description des erreurs médicamenteuses et adopter une structure de base de données commune permettant aux établissements de santé de colliger des renseignements standardisés sur les erreurs entourant le circuit du médicament. Le projet est présenté au Groupe Vigilance du MSSS, en 2005. Ce dernier recommande l'institution d'une base de données pour fournir des renseignements sur les erreurs médicamenteuses. Puis, un membre du comité des lignes directrices est invité à se joindre au nouveau comité mis sur pied par le MSSS pour développer un cadre normatif pour les fournisseurs de logiciels d'information sur les incidents et accidents. Par la suite, un membre de ce comité se joint à un comité formé par le MSSS afin de développer un cadre normatif destiné aux fournisseurs de logiciels d'information sur les incidents et accidents [179].

L'année 2004 marque aussi le début des travaux d'un groupe de travail multidisciplinaire sur les systèmes automatisés et robotisés dans la distribution des médicaments (SARDM). Composé de trois chefs de département de pharmacie (Line Méthot du Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur, Jean-François Bussières du CHU Sainte-Justine et Eva Cohen de l'Hôpital général juif de Montréal), de trois directrices en soins infirmiers, de deux représentants de l'AHQ, d'un représentant d'une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, de six représentants du MSSS (notamment la pharmacienne Sylvie Bouchard) et d'une représentante de l'A.P.E.S. (Francine Lussier-Labelle de la Cité de la santé de Laval), ce groupe de travail a pour mandat de dresser un portrait de la situation actuelle et des projets à court terme dans le réseau de la santé, d'évaluer la technologie disponible, de documenter les bénéfices potentiels sur la qualité des services et la disponibilité de la main-d'œuvre, d'établir des scénarios d'implantation et de proposer des orientations au ministère, cela dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre autant en pharmacie qu'en soins infirmiers. Le rapport est publié à l'automne 2005 et constitue la base des cinq phases du projet SARDM, amorcé dès 2008 dans le réseau de la santé.

L'A.P.E.S. est de plus en plus consultée au milieu des années 2000 dans divers dossiers, dont notamment le projet de loi 83 (2005), la rédaction d'une politique du médicament (2004-2006), la préparation d'un nouveau *Guide de prévention pour la manipulation des médicaments dangereux* de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) (2006-2008), la refonte du code de déontologie de l'OPQ (2006), le Dossier de santé du Québec (2006), le rapport du coroner Ramsay dans le cadre du décès de Paul Buisson (2007-2008) [180], le guide pratique de l'OPQ, les normes en pharmacie du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), devenu Agrément Canada en 2007, les commentaires sur le *Plan d'action pour une éthique en recherche* (2007), le projet de règlement sur l'externat en pharmacie (2008-2009) [181], la fusion du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé en Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2009), le projet de loi 25 sur l'équité salariale (2009), la *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux* (2010), le projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé (2011).

En 2008, l'A.P.E.S. publie la 4e édition de son *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptomes*. L'ouvrage remporte un franc succès, et sa version anglaise est distribuée par la SCPH au Canada et par l'ASHP aux États-Unis.

Si la pharmacie hospitalière a évolué de façon fulgurante dans les 50 dernières années, l'A.P.E.S. se dit fière d'y avoir largement contribué et d'être encore aujourd'hui un moteur de la pratique pharmaceutique au Québec.

De la réforme de la LSSSS au virage ambulatoire

Jusqu'au milieu des années 1990, la réforme de la LSSSS et la mise en place du régime général d'assurance-médicaments sont deux des principaux dossiers traités par l'A.P.E.S. En janvier 1990, l'A.P.E.S. présente un mémoire à la commission parlementaire sur l'avant-projet de loi de réforme des services de santé et des services sociaux dans lequel elle revendique la reconnaissance du département de pharmacie comme un département clinique, l'ouverture des CLSC et des départements de santé

communautaire (DSC) aux services pharmaceutiques préventifs et la modification à l'assise juridique de négociation pour que l'A.P.E.S. puisse négocier pour tous les pharmaciens de tous les établissements de santé [182]. Un second mémoire est déposé en janvier 1991, et le comité exécutif multiplie les rencontres avec les politiciens pour faire valoir l'impact des modifications à la loi sur le travail des pharmaciens. Ces représentations mènent finalement à la reconnaissance du rôle clinique du pharmacien avec la transformation du département de pharmacie en département clinique de pharmacie avec l'adoption de la loi 120 en 1992.

À la fin de l'année 1992, l'A.P.E.S. signale au MSSS son intérêt à participer au groupe de travail sur les médicaments dans le cadre de la circulaire *Malades sur pied*. L'A.P.E.S. participe activement au processus de mise en place du régime général d'assurance-médicaments, notamment par la présentation d'un mémoire en commission parlementaire, mais aussi par sa participation à divers groupes de travail et par ses rencontres avec les représentants de plusieurs organismes.

Dans ses orientations, l'A.P.E.S. écrit que « le virage ambulatoire, si mal orienté, peut compromettre l'accessibilité des médicaments et des soins pharmaceutiques aux patients. Les pharmaciens d'établissements de par leur formation spécialisée sont donc prêts à répondre aux besoins des patients qui recevront des soins ambulatoires par les divers programmes gouvernementaux, lesquels soins étaient rendus auparavant en établissement de santé ». L'A.P.E.S. précise ses préoccupations en matière d'accessibilité, de réallocation de ressources, de respect des expertises développées et d'une gestion appropriée des risques [183].

À une époque où l'on assiste au décloisonnement dans le réseau de la santé, l'A.P.E.S. multiplie aussi les rencontres et développe des liens avec d'autres organismes, tels l'AHQ, l'OPQ, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), la Faculté et l'École de pharmacie. L'A.P.E.S. procède aussi au rapprochement avec la SCPH. Entamé en 1990 avec l'intégration de membres observateurs aux réunions respectives de chaque association, le rapprochement entre les deux groupes s'intensifie au cours des années 1990 et mène à la signature d'une première entente officielle entre les deux organismes en 1997, le *Memorandum of Understanding* (MOU). Cet accord permet l'organisation d'activités de formation continue conjointes, dont les revenus sont versés à l'A.P.E.S. Ainsi, deux membres du comité SCPH-A.P.E.S. se joignent au comité d'éducation permanente et de perfectionnement de l'A.P.E.S. Des prix SCPH-A.P.E.S. sont créés pour les résidents, et une section Info-SCPH est ajoutée à l'Info-A.P.E.S. L'entente permet aussi aux membres de l'A.P.E.S. de participer à des comités nationaux, alors que la SCPH présente des kiosques au congrès de l'A.P.E.S. et à la journée de formation SCPH-A.P.E.S.

L'entente est renouvelée en 1999 puis à nouveau en 2002 et permet à la SCPH de demeurer présente au Québec et à l'A.P.E.S. d'établir des liens avec les pharmaciens des autres provinces, en plus de consentir aux membres de l'A.P.E.S. des réductions sur les tarifs d'inscription aux congrès de la SCPH et sur les publications de la SCPH. Deux avantages importants sont par ailleurs consentis aux membres de l'A.P.E.S., soit l'accès à la bourse de formation de 10 000 $ de GlaxoSmithKline et l'accès au titre de *Fellow* de la SCPH, sans avoir été membre de comités de la SCPH, puisque l'engagement au sein de l'A.P.E.S. est considéré équivalent. La collaboration entre les deux groupes favorise aussi la participation des dirigeants de l'A.P.E.S. à des comités sur la continuité des soins, la délégation d'actes, l'Internet, les erreurs médicamenteuses, et rend possible, notamment, la traduction du *Guide de soins palliatifs* de l'A.P.E.S. pour distribution au Canada.

En 2004, la signature de la nouvelle entente, la quatrième, marque l'adoption d'un nouveau mode de fonctionnement plus efficace qui vise le partage d'information. Ainsi, l'A.P.E.S. doit nommer un membre de son conseil d'administration pour siéger sur celui de la SCPH. Cette personne fait le lien entre les deux organisations, bien que des échanges puissent survenir à l'occasion entre les deux directeurs généraux. Les activités que parrainaient antérieurement le comité mixte (attribution de bourses et de prix à portée québécoise ou canadienne, dont la bourse de formation GlaxoSmithKline, le prix d'excellence A.P.E.S.-SCPH Pfizer et le programme de subvention PPC permettant aux membres de l'A.P.E.S. de participer aux activités de formation continue de la SCPH) sont dorénavant prises en charge par l'A.P.E.S.

LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES MEMBRES

Divisée entre pharmaciens chefs de service et pharmaciens non cadres à cause de la stratégie de négociation adoptée par le gouvernement dans les années 1970, l'A.P.E.S. éprouve des difficultés jusqu'au début des années 1990 à rallier tous ses membres lors de ses négociations. C'est au cours de cette décennie que les membres de l'A.P.E.S. font preuve d'une solidarité nouvelle qui, en plus d'accroître le pouvoir de négociation de l'Association, permet aussi au public, aux partenaires du réseau de la santé et au gouvernement, de reconnaître la place essentielle des pharmaciens dans les établissements de santé.

Le pharmacien : le parent pauvre du système de santé québécois

Méconnus, peu nombreux et faiblement rémunérés, les pharmaciens d'hôpitaux cherchent, tout au long des années 1960, à améliorer et à uniformiser leurs conditions de travail en vue de rendre la pratique hospitalière plus attirante et compétitive face au secteur privé [184]. Pour ce faire, ils doivent d'abord s'imposer auprès des autorités gouvernementales afin de démontrer que leur présence est indispensable dans le réseau hospitalier [185]. Leur répartition entre trois organisations – l'APHPQ, la SPPH et la SCPH – ternit cependant leur image et nuit à leurs représentations [186]. Les pharmaciens n'ayant toujours pas obtenu d'ajustement salarial en 1968, le président sortant de l'APHPQ, Pierre-André Deniger, déclare, lors des audiences de la Commission sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), « qu'actuellement le pharmacien d'hôpital est le professionnel le moins bien rémunéré au sein de l'assurance-hospitalisation. C'est à croire qu'on le prend pour un missionnaire laïque ou le parent pauvre [187] ».

L'unification des pharmaciens d'hôpitaux au sein de la SPPH et l'application intégrale par le Collège des pharmaciens de l'article 21 de la *Loi de pharmacie*, qui oblige les pharmaciens à être présents en tout temps dans leur officine et prive ainsi les hôpitaux d'une main-d'œuvre non négligeable, favorisent une ouverture de la part du gouvernement. En octobre 1968, de nouvelles échelles salariales sont enfin consenties et contiennent, en plus des augmentations salariales, des primes pour les détenteurs d'un DPH et pour le pharmacien licencié étant seul à pratiquer dans un établissement, afin d'attirer un plus grand nombre de candidats dans les hôpitaux, ainsi qu'une augmentation de 1000 $ rétroactive au 1er janvier 1968, comme mesures incitatives [188]. À l'époque, il est estimé que le salaire du pharmacien communautaire se situe entre 10 400 et 12 800 $ par année pour une semaine de 40 heures de travail, en plus de possibles bonus et partages de bénéfices [189].

TABLEAU 34.
Échelles salariale des pharmaciens d'hôpitaux, 1968.

Année	Classe I	Classe II
1	7 510 $	
2	7 910 $	
3	8 310 $	
4	8 710 $	
5	8 960 $	9 155 $
6		9 455 $
7		9 755 $
8		10 055 $
9		10 355 $

Source : Archives de Yves Gariépy

Dans les années qui suivent, les salaires et les conditions de travail des pharmaciens sont régulièrement bonifiés rendant ainsi la pratique plus intéressante : de 6500 $ par année pour une semaine de travail de 48 heures en 1961, les salaires passent à 20 000 $ par année pour une semaine de travail de 35 heures en 1975. Malgré cela, les conditions de travail sont toujours régies unilatéralement par l'intermédiaire de circulaires gouvernementales, ce qui fait persister les inégalités et les injustices.

La difficile reconnaissance de l'A.P.E.S.

En 1968, la SPPH devient un syndicat professionnel ayant pour mandat de négocier et d'appliquer une entente collective à tous ses membres. Malgré l'obtention de nouvelles échelles de salaire à la fin des années 1960, la SPPH constate que les pharmaciens ne bénéficient toujours pas des mêmes avantages dans tous les établissements de la province. De nouvelles représentations sont faites au tournant des années 1970, sans succès [190]. Les échecs répétés amènent même les dirigeants à considérer la mise sur pied d'une organisation regroupant des cadres et des non cadres du secteur de la santé ou encore l'intégration

des pharmaciens d'hôpitaux à un regroupement de professionnels du réseau de la santé[191].

Le gouvernement publie finalement de nouvelles échelles salariales en mai 1970. Ces échelles, qui comprennent un traitement distinct pour les pharmaciens licenciés responsables d'un service de pharmacie, les pharmaciens licenciés, les pharmaciens diplômés et les étudiants-stagiaires, sont jugées inacceptables par la SPPH qui demande à ce qu'une nouvelle ronde de négociations soit amorcée pour discuter du volume de travail des pharmaciens d'hôpitaux, de la disponibilité, des primes d'assistant, des règles d'intégration, de promotion et d'embauche, et du statut et du rôle du pharmacien à l'hôpital[192]. La SPPH proteste notamment contre l'obligation de réussir un examen sur la compétence professionnelle pour passer de la classe 1 à la classe 2. Elle exige aussi qu'une augmentation fixe de 3 % par année soit accordée à un pharmacien se situant au maximum de l'échelle salariale et que l'assistant du chef de service reçoive 70 % du montant forfaitaire alloué au chef de service[193].

L'embauche d'un conseiller juridique en 1971 permet finalement, après plusieurs essais infructueux, d'entamer des pourparlers avec la partie patronale. Les discussions se poursuivent pendant cinq ans, le principal point de discorde étant la définition du cadre juridique de l'entente : alors que les dirigeants de l'A.P.E.S. estiment que l'unité du groupe réside dans les liens professionnels entre membres, la partie patronale refuse que tous les établissements soient liés par une seule entente s'appliquant autant au personnel cadre que non-cadre et favorise la reconnaissance de l'A.P.E.S. comme représentante exclusivement des chefs de service. Yves Courchesne exprime l'état d'esprit des dirigeants de la SPPH face à ces développements :

> Depuis longtemps les pharmaciens à l'intérieur des hôpitaux s'efforcent de faire un travail constructif tant au point de vue diminution du coût du médicament qu'augmentation des services. Il est à noter que les cliniques externes étaient rattachées à l'hôpital et que le pharmacien devait exécuter les ordonnances sans rémunération spéciale. Depuis que le gouvernement paie pour ces services, les cliniques externes disparaissent des hôpitaux pour aller dans le secteur privé. Ceci ne fait qu'ajouter au mécontentement des pharmaciens en milieu hospitalier[194].

En juin 1974, lorsque les négociations sont au point mort, l'A.P.E.S. embauche un nouveau conseiller juridique, Me Roger David, ancien conseiller de la Fédération des médecins spécialistes, pour poursuivre les objectifs fixés par le comité de négociation soit la reconnaissance officielle de l'A.P.E.S., l'application de la formule Rand et la conclusion d'une entente[195]. Les pourparlers entre les deux parties se poursuivent, mais l'incompréhension persiste. Alors que l'A.P.E.S. refuse de participer à l'étude sur la rémunération des cadres[196], le MAS publie tout de même, en 1975, la nouvelle échelle de rémunération des cadres à laquelle sont intégrés les pharmaciens. Les relations s'enveniment et l'A.P.E.S. indique son intention de ne retourner à la table de négociation que lorsque le problème de l'assiette juridique et la question des cadres et non-cadres seront réglés[197]. Entre-temps, des moyens de pression sont mis en branle. En plus de refuser de participer aux travaux de l'OPQ sur le stage professionnel, les dirigeants de l'A.P.E.S. informent la partie patronale de l'impossibilité pour leurs membres de participer aux achats groupés[198], et ce :

> Tant et aussi longtemps que perdurera l'attitude du MAS face à nos demandes, seules des négociations sérieuses sur les points les plus importants suivants : a) les clauses normatives ; b) les clauses salariales ; c) présence de services pharmaceutiques dans les centres d'accueil, pourront faire que les priorités des pharmaciens membres de l'A.P.E.S. passent de ces sujets laissés en suspens par les négociateurs du MAS avec ce qui nous semble une mauvaise foi évidente, à des préoccupations comme les achats de groupe ou autres problèmes du genre[200].

Les négociations reprennent par la suite, et, après quinze mois de négociation et une séance d'arbitrage, les deux parties en arrivent à un compromis qui mène à la signature d'un protocole d'entente le 30 juillet 1976, couvrant la période du 1er juillet 1975 au 30 juin 1979[200]. En plus de contenir des augmentations salariales, ce protocole uniformise les conditions de travail et instaure un système de garde qui rend la fourniture de services pharmaceutiques plus équitable dans la province. Malgré ces gains, le protocole exclut la majorité des chefs de service et ne s'applique qu'aux pharmaciens pratiquant dans un hôpital ayant confié le mandat de négocier à l'AHQ. De plus, un accord de principe relatif aux centres d'accueil et devant faire l'objet d'une éventuelle entente est inclus dans le protocole.

Une première véritable entente

Trois ans après la signature du protocole d'entente, plusieurs problèmes persistent : seulement une soixantaine d'établissements sur environ 140 ont adhéré au protocole[201], et malgré la promesse d'y intégrer les chefs de service à compter de 1977, le MAS tarde à obtempérer[202]. De plus, l'entente de principe concernant les centres d'accueil n'a jamais été conclue. Donald Laberge, vice-président de l'A.P.E.S., rappelle que plusieurs centres hospitaliers n'ont jamais signé l'avis d'acceptation du protocole pour cette entente, que le comité de relations professionnelles a été un fiasco, que « la jungle a continué à être la règle dans les centres d'accueil, plusieurs chefs de service ont subi et subissent encore des injustices graves. Les semaines ont passé et on s'est vite rendu compte, qu'en négociation, la bonne foi ne suffit pas[203] ».

TABLEAU 35.
Relevé de la signature du contrat-type par les pharmaciens cadres et non-cadres en date du 8 décembre 1976

	Pharmaciens non-cadres		Pharmaciens cadres
	Temps plein	Temps partiel	Temps plein
Signature de contrat	86	5	0
Absence de signature	236	4	97

Source : Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV du conseil d'administration 1976-1977. PV du conseil d'administration, 10 décembre 1976.

Dès la fin de 1978, un nouveau mandat est donné au comité de négociation, soit de « conclure une entente avec le ministre des Affaires sociales déterminant les conditions de travail de tous les pharmaciens œuvrant en établissement de santé, ce qui implique que cette entente lie obligatoirement tous les établissements au sens de la LSSSS[204] ». Ainsi, dès l'échéance du protocole, le 30 juin 1979, des discussions s'amorcent pour conclure une entente remédiant à ces lacunes et reconnaissant l'Association comme agent négociateur pour tous les pharmaciens de tous les établissements de santé[205]. Pour ce faire, l'A.P.E.S. choisit de lier ses revendications à l'obtention d'un statut correspondant plus adéquatement aux fonctions et responsabilités dévolues aux pharmaciens dans les établissements de santé, ce qui permet de contourner le problème des chefs de service.

Les pourparlers avec la partie patronale sont rapidement mis en branle, et en un an, l'A.P.E.S. rencontre la partie patronale à huit reprises où elle fait connaître ses revendications : conclusion d'une entente régissant tous les pharmaciens, sauf les résidents, application de cette entente à tous les établissements, garde obligatoire, dix jours de libération par année pour chaque pharmacien afin de participer à des activités de formation continue, mise en place d'un comité de répartition des effectifs ayant pour mandat d'assurer la distribution des services pharmaceutiques selon les besoins de chaque région et établissement d'un comité de pharmacien en santé communautaire pour étudier les modalités d'intégration de la pharmacie aux programmes de santé communautaire pour améliorer l'information auprès de la population sont quelques-unes de ces revendications[206].

Donald Laberge, président de l'A.P.E.S. de 1980 à 1982.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Les négociations achoppent toujours sur la question de la représentativité de l'A.P.E.S., la partie patronale considérant que « l'A.P.E.S. ne peut parler à la fois pour des pharmaciens et pour des cadres[207] » et proposant de former deux associations distinctes pour les cadres et les non-cadres. Bien que l'A.P.E.S. considère la proposition inacceptable, elle décide tout de même de proposer la signature de deux ententes simultanées, une pour les pharmaciens cliniciens et une pour les pharmaciens cliniciens cumulant partiellement des tâches administratives. La signature de telles ententes permettrait enfin d'uniformiser les conditions de travail dans les établissements. Comme le souligne le président de l'A.P.E.S., Donald Laberge : « tant et aussi longtemps que l'Association ne signera pas une entente régissant tous les pharmaciens

et liant tous les établissements, il existera de l'arbitraire d'un établissement à l'autre[208] ». Cette contre-proposition est toutefois refusée par la partie patronale qui propose plutôt la signature d'un moratoire prolongeant l'entente jusqu'au 30 juin 1981.

Ce moratoire sème la controverse au sein de l'A.P.E.S. et mène au remplacement, en février 1981, du conseiller juridique par Me Yvan Brodeur. Après avoir initialement rejeté l'offre dont les montants alloués pour le service de garde étaient jugés inacceptables[209], les dirigeants de l'A.P.E.S. acceptent finalement, au printemps 1981, de signer le moratoire qui prolonge l'entente jusqu'au 30 juin 1981. Le moratoire conserve sensiblement les mêmes modalités que le protocole d'entente des pharmaciens, mais comprend des modifications aux échelles de salaires et à la rémunération rattachée au service de garde, en plus d'ajuster les avantages marginaux pour les rendre conformes à ce qui a été consenti aux syndiqués de la fonction publique à la suite de la grève de 1979.

En décembre 1981, l'A.P.E.S. fait la démonstration en commission parlementaire pour le projet de loi 27, qui vise à modifier la LSSSS, que l'acte pharmaceutique et l'acte médical doivent être liés dans la structure hospitalière pour favoriser une utilisation plus rationnelle des médicaments. Malgré ces représentations, le gouvernement tarde à reconnaître la valeur du rôle du pharmacien. En plus de déposer une offre semblable en tous points au protocole de 1976, le gouvernement refuse de reconnaître la représentativité de l'A.P.E.S. et prépare même, en décembre 1982, des décrets pour les pharmaciens cadres par l'entremise de l'Association des cadres intermédiaires des affaires sociales (ACIAS) et pour les pharmaciens par l'entremise des employés non syndiqués mais syndicables. Ces développements consternent les dirigeants de l'A.P.E.S. :

> En résumé, les propositions faites par le ministère sont surprenantes et décourageantes. Le document présenté a huit ans ; il n'a été que rafraîchi et vise à perpétuer une situation inacceptable pour les pharmaciens d'établissements. Notre ouverture d'esprit et notre collaboration acquise avec le ministère ne semblent pas avoir d'écho à la table des négociations[210].

Après le dépôt auprès du gouvernement d'un document faisant valoir l'importance de reconnaître le service pharmaceutique pour la bonne marche des établissements de santé, le ministre des Affaires sociales, Pierre-Marc Johnson, signale l'intention de son ministère de « reconnaître votre association et la consulter pour l'établissement des conditions de travail de l'ensemble des pharmaciens qui travaillent dans les établissements du réseau des affaires sociales[211] ». Ainsi, un moratoire est proposé en mai 1983 avec *statu quo* pour les clauses normatives et une hausse salariale moyenne de 4,6 % pour l'année se terminant au 30 juin 1982.

Les changements législatifs et règlementaires qui découlent du projet de loi 27 viennent modifier le statut du pharmacien, dorénavant intégré au conseil des médecins et dentistes, et transforment le service de pharmacie en département rattaché à la direction médicale. La conclusion d'une entente complémentaire à cette réforme et adaptée au nouveau statut des pharmaciens devient inévitable. Ces changements permettent au gouvernement de reconnaître l'A.P.E.S. comme agent négociateur de tous les pharmaciens de centres hospitaliers, mais l'entente ne peut être conclue avant la publication du règlement d'organisation et d'administration des établissements de santé qui est prévue pour la fin de l'année 1984. Entre-temps, une entente de principe est conclue dans laquelle la partie patronale accepte que l'entente lie tous les centres hospitaliers et s'applique à tous les pharmaciens, quel que soit leur statut. L'A.P.E.S. est aussi officiellement reconnue comme l'organisme représentatif de tous les pharmaciens des centres hospitaliers, en plus de consentir un réajustement salarial avec gel d'un an. De plus, aucune entente individuelle ne peut être conclue sans l'accord de l'A.P.E.S.

Les négociations se poursuivent après la signature de l'entente de principe puisque la prime des chefs de département, les primes de disponibilité et de rappel, la période de probation, le perfectionnement, le congédiement et l'intégration des chefs de département sont des points demeurés en suspens. Le MAS retient ses offres jusqu'à la publication des règlements découlant du projet de loi 27. Le 14 mars 1985, l'A.P.E.S. signe une première entente collective qui en fait l'agent négociateur des pharmaciens en centre hospitalier. En plus de fixer les conditions de travail de tous les pharmaciens pratiquant en centre hospitalier, quel que soit leur statut, cette entente comprend un ajustement salarial et concrétise le rôle de l'A.P.E.S. à l'égard de la formation continue de ses membres[212]. Une entente de principe concernant les pharmaciens des

Des membres du comité de négociation de l'A.P.E.S. en compagnie de représentants du gouvernement lors de la signature de la première entente de travail de l'A.P.E.S., en mars 1985.

De gauche à droite, première rangée : Roger Leblanc, président de l'A.P.E.S., le ministre Guy Chevrette et Robert Létourneau. Deuxième rangée : Jean Bérubé, Claire Pagé, Me Brodeur, négociateur de l'A.P.E.S., Me Matteau, négociateur du ministère, un fonctionnaire du ministère et Pierre Gouin, pharmacien au ministère.

Source : Archives personnelles de Roger Leblanc

centres d'accueil et des CLSC est aussi conclue[213]. Par la suite, une seconde entente couvrant la période de 1985 à 1988, et prolongée jusqu'au 31 décembre 1989, est conclue et permet aux pharmaciens de bénéficier d'augmentations salariales et de primes d'éloignement, de garde et de responsabilité[214].

Le « décadrage » des chefs

Les négociations menant à la signature d'une première entente collective ont été déchirantes pour l'A.P.E.S. et ont fortement éprouvé la solidarité des membres. Alors que depuis la fondation de l'APHPQ, pharmaciens chefs et non-chefs ont toujours été unis par leurs liens professionnels, le refus de la partie patronale de reconnaître cette particularité dès l'amorce des négociations, au début des années 1970, et sa volonté de diviser les membres en deux clans créent un ressentiment chez les chefs de service qui perdure pendant plusieurs années. Georges Elliott, trésorier de l'A.P.E.S., avait d'ailleurs prévenu ses collègues contre les effets de cette stratégie dès 1974 : « La volonté et la persistance que déploie la partie patronale pour distinguer deux sortes de pharmaciens cadres et non-cadres risquent de créer éventuellement une scission entre les pharmaciens des établissements de santé[215] ».

Le mécontentement des chefs porte principalement sur la rémunération liée aux fonctions administratives. Rétribués selon l'échelle de rémunération des cadres du MAS, ils risquent d'encaisser une baisse de salaire en adhérant

au protocole d'entente qui prévoit un supplément de 10 % à l'échelle professionnelle pour les fonctions d'encadrement. Dans leurs négociations, les administrateurs de l'A.P.E.S. sous-estiment le mécontentement des chefs et sont surpris de la réaction de ces derniers, témoignant ainsi d'un écart important entre la direction et la base des membres[216]. Le conseil d'administration doit donc redoubler d'efforts, en 1975, pour convaincre les chefs de refuser toute entente individuelle sur la rémunération des cadres. En janvier 1976, les pharmaciens de 47 hôpitaux avertissent leur administration du refus de la rémunération des cadres[217].

Ainsi, lorsque l'A.P.E.S. signe le protocole d'entente, seulement une cinquantaine de chefs de service y adhèrent, les autres ayant conservé leur statut de cadre, perpétuant ainsi les injustices et les inégalités. Même si le MAS s'était engagé à exclure les pharmaciens de la liste du personnel cadre, la situation n'est toujours pas réglée lorsque l'entente arrive à terme en 1979. Or, l'adhésion des chefs de service est centrale dans la nouvelle stratégie de négociation de l'A.P.E.S. Selon le conseiller de l'A.P.E.S., Me Roger David, la définition des fonctions doit se faire dans la réglementation et non dans la convention collective[218]. Cet élément sert de base à l'argumentation pour plaider l'unité de la représentativité de l'A.P.E.S. En juin 1981, un colloque réunissant les chefs de service est donc organisé pour leur présenter le plan de négociation. Après des discussions intenses, les chefs acceptent finalement, par un vote serré, d'abandonner leur statut de cadre.

Même si les chefs sont inclus dans l'entente collective de 1985, l'insatisfaction à propos de leur situation salariale perdure puisque le « décadrage » entraîne une baisse de salaire pour certains d'entre eux. Au début des années 1990, les chefs unissent donc leur voix à celle des autres membres de l'A.P.E.S., eux aussi insatisfaits de leurs conditions salariales, pour se rallier derrière le conseil d'administration de l'A.P.E.S. au moment de l'application de moyens de pression.

Dans les années qui suivent, les chefs de département font appel à leur association d'abord pour réparer l'injustice subie par certains d'entre eux pour qui la prime de responsabilité n'a pas été incluse dans le salaire admissible aux fins de calcul de la rente de retraite, puis pour demander une majoration de cette prime.

« Les pharmaciens ont perdu leur patience légendaire » : une nouvelle ère dans les négociations de l'A.P.E.S.

Si l'A.P.E.S. réalise des gains importants en ce qui concerne la structure et l'organisation du département de pharmacie dans les années 1980, ses membres considèrent cependant que leur rémunération s'est détériorée comparativement à celle des autres professionnels de la santé pendant que leurs responsabilités professionnelles se sont accrues. Ainsi, lorsque des travaux s'amorcent pour préparer de nouvelles négociations à la fin des années 1980, les membres de l'A.P.E.S. font part de leur mécontentement. Certains chefs de département ont vu leur salaire diminuer après le « décadrage » de leur fonction. De plus, les pharmaciens ayant atteint le maximum de l'échelle de salaire à la signature de la première entente en 1985 doivent se contenter de montants forfaitaires et non pas d'augmentations salariales intégrées aux échelles de traitement. Ainsi, près de 80 % des répondants à un sondage réalisé par l'A.P.E.S. se disent prêts à participer à des moyens de pression en cas d'échec de la négociation[219].

À l'approche de l'échéance de l'entente de travail, l'A.P.E.S. modifie le processus de négociation, ce qui permet aux membres du comité de négociation de devenir les interlocuteurs directs des représentants du MSSS et d'avoir recours à un conseiller en relations industrielles (CRI), André Dubois, en 1989. Cette stratégie s'avère peu concluante, et le dossier est rapidement confié à un nouveau conseiller juridique, Pierre Grenier. D'ailleurs, le manque de transparence du comité exécutif à ce sujet est décrié par un membre qui se fait le porte-parole de certains confrères. Cette décision prise sans consultation des membres aurait mérité d'être discutée en assemblée générale. De plus, « bien des membres se posent des questions sur l'impact que pourra avoir un CRI auprès des négociateurs gouvernementaux. Aura-t-on malgré tout besoin d'embaucher un avocat[220] ? ».

En effet, le déclenchement des élections et l'amorce des négociations dans les secteurs public et parapublic ont causé des délais dans les représentations de l'A.P.E.S. qui, en juin 1990, et bien que l'entente soit échue depuis six mois, n'a eu qu'une rencontre préliminaire avec la partie patronale. Le président du comité de négociation,

Marc Desmarais, ne s'alarme pas trop devant cette situation : « [...] par la nature de notre regroupement (faible nombre) et notre philosophie des relations de travail (modérée), notre wagon n'est jamais situé à l'avant du convoi. En fait, souvent, nous fermons la procession. [...] nous ne croyons pas être ignorés par la partie patronale, nous ne faisons que passer après les « gros »[221] ».

La réticence de la partie patronale à rencontrer les représentants de l'A.P.E.S. n'est probablement pas étrangère au virage radical amorcé par l'A.P.E.S. en 1990 dans ses revendications. Les deux points les plus importants pour l'A.P.E.S. à l'amorce d'une nouvelle phase de négociation concernent la négociation pour tous les pharmaciens de tous les établissements de santé (centres hospitaliers, centres d'accueil et CLSC) et la politique de rémunération. Pour atteindre le premier objectif, l'A.P.E.S. entend négocier selon l'assise juridique de la *Loi de l'Assurance-maladie du Québec*, c'est-à-dire de revendiquer un statut de professionnel autonome pour le pharmacien d'hôpital, ce qui permettrait de finalement couvrir tous les pharmaciens des établissements de santé. Une telle modification implique toutefois que le ministère doit réévaluer complètement le cadre de pratique des pharmaciens des établissements de santé, prolongeant d'autant plus les délais dans les négociations. En ce qui concerne la rémunération, les représentants de l'A.P.E.S. veulent obtenir un traitement représentatif de la formation et des responsabilités qui incombent aux pharmaciens d'établissements[222]. En parallèle, le gouvernement procède aussi à une révision de la LSSSS dont les modifications risquent d'avoir un impact important sur le travail des pharmaciens et sur leurs demandes. Dans une assemblée générale extraordinaire tenue le 11 septembre 1990, une immense majorité des membres appuie l'option de négocier en vertu de la RAMQ[223].

Par ailleurs, le type de représentation syndicale commence à être remis en question peu après le début de la nouvelle ronde de négociations. D'un côté, certains membres favorisent l'attitude de partenariat avec la partie patronale, caractéristique du style de négociation de l'A.P.E.S. depuis ses débuts, alors qu'un autre groupe préconise les moyens de pression et la ligne dure. Les orientations de l'A.P.E.S. dans ce domaine font l'objet de discussions au congrès d'avril 1991. Marc Desmarais, membre du comité organisateur de ce congrès, rappelle que « l'A.P.E.S. a toujours été modérée dans ses positions de négociation et a toujours encouragé les discussions civilisées sans toutefois obtenir des résultats probants lui permettant d'encourager cette attitude ». Ce congrès permet aussi de discuter de l'option de s'associer à une centrale syndicale pour négocier et ainsi augmenter le rapport de force. Enfin, les dirigeants de l'A.P.E.S. semblent considérer que « la meilleure stratégie constitue probablement un mélange de ces deux attitudes à divers degrés d'intensité[224] ». Un appel à la solidarité et à la patience est lancé, et la possibilité de moyens de pression est évoquée : « ... il n'est pas exclu que nous devions comme groupe, être obligé d'exercer un rapport de force avec le gouvernement afin que l'on nous accorde enfin une rémunération compatible avec nos responsabilité[225] ».

Dolorès Lepage, présidente de l'A.P.E.S. de 1992 à 1995.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

Lorsque les négociations piétinent toujours au début de 1992, et alors que l'entente de travail est échue depuis trois ans, l'A.P.E.S. adopte finalement une ligne de conduite plus dure. La présidente, Dolorès Lepage-Savary, admet qu'il « est inconcevable que la négociation traîne encore après un si long délai » et annonce que « les pharmaciens ont perdu leur patience légendaire[226] ». Pour la première fois depuis le milieu des années 1970, les pharmaciens d'établissements entament des moyens de pression avec la tenue de leur première journée d'étude, le 21 janvier 1992. Usant d'abord de moyens de pression à caractère économique et administratif, dont le boycottage des achats regroupés de médicaments, des comités administratifs, des activités de revue d'utilisation de médicaments et le refus de contrôler l'entrée de certains nouveaux

médicaments dans les établissements, les pharmaciens d'établissements procèdent ensuite à la fermeture sporadique, puis illimitée, des services pharmaceutiques dans les cliniques externes et limitent les services aux seuls patients hospitalisés[227]. Ces moyens de pression ont permis aux pharmaciens d'accroître leur visibilité dans les médias électroniques et la presse écrite, en plus de favoriser des appuis de taille d'organismes tels l'OPQ ou l'ACMDP.

Les moyens de pression ont aussi attiré l'attention du ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté et accéléré le dénouement des négociations. Ainsi, après un vote serré à l'assemblée générale comptant 300 membres, où deux tours de scrutin ont été nécessaires – le premier s'étant terminé à égalité – une faible majorité de pharmaciens (56 %) accepte les offres salariales mais rejette unanimement le principe de classification des emplois, le 3 juillet 1992. L'A.P.E.S. fait certains gains salariaux sans toutefois obtenir que les pharmaciens d'établissements puissent se distinguer considérablement des autres professionnels de la santé dont le niveau de scolarité et l'impact économique sont moindres. La prime des chefs de département est maintenant majorée et fait en sorte que la rémunération des chefs se rapproche de ce qu'elle était dans l'échelle des cadres. Marc Parent souligne que : « tous doivent être conscients que l'écart salarial entre les « chefs » et les « indiens » ne doit pas creuser de fossé entre ces groupes en pratique. Tous deux sont dépendants l'un de l'autre pour l'atteinte des objectifs départementaux, surtout que les individus peuvent changer de rôle aux quatre ans[228] ». Enfin, une entente négociée permet de lier les pharmaciens d'établissements, quel que soit leur secteur d'exercice. Outre ces éléments, l'entente de travail améliore les conditions de travail grâce notamment à des gains sur les droits parentaux, une meilleure sécurité d'emploi, un plus grand nombre de jours de perfectionnement, de formation et de développement, des congés sociaux. Les négociations ont aussi permis la signature d'une lettre d'entente sur la création d'un comité de formation et de développement dont le budget annuel est de 100 000 $ et d'une lettre d'entente relative à l'étude de la rémunération des pharmaciens.

Malgré ce dénouement, Marc Parent fait remarquer que « l'exercice a été douloureux, surtout pour l'égo des pharmaciens qui ont reçu de plein fouet les conclusions de l'exercice de la relativité des emplois basées sur un niveau de communication nettement divergent de la réalité, un niveau de jugement et de raisonnement tout aussi discordant[229] ». Les moyens de pression adoptés par les membres de l'A.P.E.S. n'ont pas eu l'impact nécessaire pour intéresser le Conseil des ministres au dossier et ainsi influencer la prise de décision du Conseil du trésor. Les pharmaciens ont tout de même démontré leur solidarité à travers ces négociations et comme le fait remarquer Marc Parent : « Notre réputation de « gentil garçon » à qui on passe n'importe quoi a sûrement évolué[230] ».

Les ententes entre l'A.P.E.S. et le MSSS viennent à échéance en juillet 1995. L'A.P.E.S. s'engage dès lors dans un processus de négociation pour les renouveler. Plus d'un an après le début des négociations, la majorité des clauses normatives ont mené à un consensus. Les négociations achoppent toutefois sur la question salariale, et les représentants de l'A.P.E.S. font rapidement part de leur intention de négocier les clauses à incidence monétaire seulement à la lumière d'une reconnaissance du rôle et des responsabilités du pharmacien décrites lors de l'exercice de relativité.

Une controverse quant à la relativité d'emploi

À l'échéance de l'entente de travail en 1995, l'amertume persiste chez les pharmaciens dont la valeur du travail n'a pas été reconnue lors des négociations précédentes. Des discussions sont alors entreprises pour procéder à l'exercice de relativité d'emploi. Les travaux du comité paritaire sur la relativité d'emploi sont cependant paralysés dès 1996 puisque l'A.P.E.S. et la partie patronale ne s'entendent pas sur les cotes à attribuer aux différents facteurs d'évaluation. Après deux exercices de relativité d'emploi, l'A.P.E.S. continue de soutenir que les pharmaciens d'établissements de santé ne sont pas traités équitablement par rapport à d'autres groupes de professionnels.

L'A.P.E.S. reprend les négociations en 1998, ce qui permet d'adopter « une attitude de négociation plus près de la nouvelle réalité des pharmaciens du réseau[231] ». L'objectif du comité de négociation est de conclure une seule et unique entente déterminant les conditions de travail de tous les pharmaciens d'établissements, quel que soit leur milieu de pratique, incluant la pratique en CHSLD. L'A.P.E.S.

entreprend des négociations, d'abord pour régler les éléments normatifs laissés en suspens à la conclusion de la dernière négociation. L'entente de principe a pu être rouverte, et de nouvelles conditions normatives ont pu être négociées. L'A.P.E.S. fait des gains en ce qui a trait à la gestion des postes dans les départements de pharmacie et aux conditions de travail des pharmaciens dans les CHSLD. Elle obtient aussi une enveloppe permettant la libération à temps partiel d'un pharmacien pour la négociation, ce qui permet pratiquement de conclure la portion normative des négociations.

Après avoir réglé le normatif, la négociation des clauses salariales, amorcée en novembre 1998, s'annonce plus laborieuse. Après une présentation sur les soins pharmaceutiques pour démontrer la valeur des pharmaciens d'établissements de santé, le MSSS demande à ce que les négociations se poursuivent plutôt auprès du sous-ministre adjoint et non à la table de négociation. Le comité de négociation recommande de tenir une assemblée générale pour obtenir un mandat fort et clair avant d'amorcer les rencontres. Plus de 300 membres sont présents à l'assemblée générale spéciale tenue à Trois-Rivières le 25 novembre 1998 et, à 98,2 %, ils donnent le mandat au conseil d'administration de déclencher les moyens de pression et d'obtenir la démission de tous les membres de l'A.P.E.S. au moment jugé opportun[232]. Ce vote de confiance permet donc au comité de négociation d'entamer les discussions avec un mandat convaincant en poche.

Ainsi, les moyens de pression envisagés par le comité de négociation sont présentés à l'assemblée générale. Bien que certains membres présents soulignent la timidité des gestes et préfèrent utiliser un moyen d'éclat dès le départ, la presque totalité des membres présents se montrent solidaires et acceptent une gradation des moyens de pression répartis en trois phases. D'abord, les pharmaciens d'établissements s'assurent de respecter strictement l'entente en se faisant rémunérer toutes les heures supplémentaires faites et accumulées et en prenant les congés pour les journées de formation. Cette première phase s'accompagne aussi d'un arrêt des activités d'enseignement, de la non-participation aux programmes du virage ambulatoire et du ralentissement de la distribution des médicaments. Les moyens d'action culminent avec la phase 3 qui affecte les gardes, les rappels et la participation aux équipes de soins[233]. Une intensification des moyens de pression est prévue avec la diminution de l'offre de service selon les horaires de fins de semaine et l'abandon des activités aux cliniques externes spécialisées. Le point culminant demeure toutefois la démission des pharmaciens à laquelle plus de 90 % des membres consentent. Ces moyens de pression sont appliqués dans toute la province et visent à bâtir des circonstances favorables au déroulement des négociations[234].

L'année 1999 débute par une série de rencontres avec les hauts fonctionnaires du MSSS et du Conseil du trésor qui mènent à une enquête pour démontrer la valeur et l'étendue de la pratique clinique des pharmaciens d'établissements. L'enquête se révèle favorable en tous points aux pharmaciens, mais la partie patronale en refuse les conclusions et signe l'arrêt des négociations au printemps 1999. Dès lors, l'A.P.E.S. met en branle le plan de moyens de pression voté en novembre 1998 qui vise à perturber les activités dans les établissements de santé sans nuire à la quantité et à la qualité des soins donnés aux patients. Les pharmaciens organisent des journées d'étude, cessent les services aux patients des cliniques ambulatoires, boycottent la préparation des médicaments intraveineux et cessent l'enseignement aux étudiants en stage et aux résidents. En juin, les membres réitèrent leur appui et se disent favorables à une escalade des moyens de pression qui mène au dépôt des démissions à la fin du mois de juin.

Ces moyens de pression ont d'importantes répercussions dans les établissements de santé : certains se voient obligés d'annuler des chirurgies électives, de fermer des lits et de recourir aux infirmières se trouvant sur les listes de rappel[235]. Leur effet est par contre dilué, étant donné la tenue simultanée de moyens de pression par les infirmières et les ambulanciers. Néanmoins, ils démontrent indéniablement que les pharmaciens sont indispensables dans les établissements de santé et contribuent à faire connaître le groupe auprès du public étant donné la couverture médiatique étendue de l'événement. L'A.P.E.S. obtient aussi l'appui de l'OPQ, de l'ACMDP, de directeurs des services professionnels et de directeurs généraux d'établissements qui confirment tous l'importante contribution des pharmaciens d'établissements à l'amélioration des soins. Ces moyens de pression sont si convaincants que même le Conseil des services essentiels juge que les pharmaciens sont absolument essentiels et les somme

de retirer leurs démissions. Malgré les objections de l'A.P.E.S.[236], les dirigeants de l'A.P.E.S., acculés au pied du mur, demandent à leurs membres de respecter l'ordonnance du Conseil des services essentiels et de rentrer au travail le 7 septembre, date où les démissions devaient être effectives.

TABLEAU 36.
Chronologie des événements de 1999

Date	Événement
1996	Début de l'exercice de relativité d'emploi
25 novembre 1998	Assemblée générale où le mandat de déclencher des moyens de pression est donné à 98,2%
18 mai 1999	Dernière rencontre avec le Conseil du trésor
Printemps 1999	Arrêt des négociations par le MSSS
18 mai 1999	Déclenchement des moyens de pression
Semaine du 18 mai 1999	Arrêt de l'enseignement aux résidents et stagiaires
Semaine du 25 mai	Arrêt de la préparation des médicaments intraveineux Arrêt des services aux cliniques ambulatoires
26 mai 1999	Fermeture de 168 lits au CHUM en raison des moyens de pression des pharmaciens
26 mai 1999	Tenue d'une journée d'étude
Semaine du 2 juin 1999	Retrait des pharmaciens des équipes médicales
10 juin 1999	Assemblée générale où les membres votent en faveur d'une escalade des moyens de pression
18 juin 1999	Tenue d'une journée d'étude qui oblige les établissements à fonctionner avec 25% des effectifs habituels Interruption des services cliniques
18 juin 1999	Marche sur la colline parlementaire
25 juin 1999	Dépôt des démissions des membres de l'A.P.E.S.
7 septembre 1999	Assemblée générale où les membres acceptent de respecter l'ordonnance du Conseil des services essentiels et de retirer leur démission

Ainsi, à la suite de ce bras de fer, les négociations reprennent selon trois angles, soit tenter de conclure une entente de principe sur l'aspect normatif des conditions de travail, participer à un groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre et mettre en place un groupe de travail conjoint avec le Conseil du trésor pour l'aspect salarial. Ces travaux mènent à une entente sur la majorité des clauses normatives en décembre 1999. En 2000, l'A.P.E.S. conclut finalement une entente de principe avec le gouvernement couvrant la période 1997-2002, et prolongée jusqu'en 2003. Cette entente comprend une majoration des échelles salariales, la formation d'un groupe de travail sur la rémunération et la création d'échelles de salaire pour les chefs de département qui intègrent au salaire la prime de responsabilité, entre autres.

Patricia Lefebvre,
présidente de l'A.P.E.S. de 1999 à 2000.

Source : Archives de l'A.P.E.S.

De plus, l'A.P.E.S. entreprend de contester juridiquement la loi spéciale et la juridiction du Conseil des services essentiels. L'A.P.E.S. conteste certains articles de la loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques (projet de loi 72) et la décision du Conseil des services essentiels de soumettre les pharmaciens d'établissements à des ordonnances pour les forcer à retirer leur démission. Après le rejet de la cause, l'A.P.E.S. l'a portée en appel, ce que l'employeur a contesté sans gain de cause. La décision a finalement été rendue le 30 mars 2004. Les arguments de l'A.P.E.S. ont été rejetés par les trois juges. Ainsi, les pharmaciens seront assujettis à certains pouvoirs du Conseil des services essentiels de façon permanente.

Les négociations de l'année 1999 ont permis de constater la grande solidarité qui régnait parmi les pharmaciens d'établissements, à la surprise générale, ce qui a eu pour effet de transformer l'image du groupe auprès de la partie patronale. Même si l'A.P.E.S. a été contrainte de mettre fin à ses moyens de pression, cet épisode met en évidence la grande solidarité des membres qui peuvent paralyser

le fonctionnement du système de santé lorsqu'ils présentent un front uni. Comme le résume Manon Lambert, directrice générale de l'A.P.E.S. à l'époque : « Certains s'imaginaient que les pharmaciens d'établissements lâcheraient prise et s'affaleraient au premier obstacle. D'autres avaient dit que les pharmaciens d'établissements ne savaient pas se tenir debout. Quelques-uns croyaient que la démission des pharmaciens d'établissements était un leurre. D'autres encore avaient prédit l'effritement de notre solidarité et la division des membres. Ils se sont tous trompés[237] ». Et comme le dit Benoît Labelle, président du comité de négociation en 1999 : « Elles [les trois phases des moyens de pression] ont également fait mentir ceux d'entre nous qui qualifiions ces moyens de pression de futiles et sans impact. […] L'année 1999, en est une dont il faudra se rappeler dans la courte histoire des négociations de l'A.P.E.S. ! Ce fut l'année des moyens de pression stratégiquement orchestrés, de la difficile prise de conscience des administrateurs d'établissements de santé, des négociateurs patronaux, des technocrates du Conseil du trésor et finalement de nos élus de la dure réalité du réseau : les pharmaciens d'établissements pouvaient bloquer le système de santé du Québec s'ils se tenaient ensemble et faisaient face, comme un seul bloc, au gouvernement[238] ».

La négociation dans un contexte de pénurie

Après les événements mouvementés des années 1990, l'A.P.E.S. abandonne son ton revendicateur au profit d'une attitude plus prudente qui lui vaut de prendre position dans des dossiers qui ne sont plus seulement liés à la négociation. La solidarité développée lors des négociations précédentes est cependant mise à rude épreuve au cours de la décennie 2000, en grande partie en raison de la pénurie d'effectifs. En effet, les négociations menées par l'A.P.E.S. au cours de la décennie visent principalement à améliorer les conditions de travail des membres et à atténuer les effets de la pénurie par l'adoption de mesures d'attraction et de rétention.

À l'échéance de l'entente le 30 juin 2002, le MSSS propose une prolongation jusqu'au 30 juin 2003, laquelle est acceptée par les membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S. Cette prolongation est aussi acceptée par la majorité des employés du secteur public et prévoit un ajustement salarial de 2 % à partir du 1er avril 2003 et le paiement d'un montant forfaitaire de 2 % du 1er avril au 30 juin 2003. Dans le cadre des négociations pour cette prolongation, l'A.P.E.S. obtient la formation d'un comité mixte sur la pénurie de pharmaciens dont le principal objectif est de proposer des mesures d'attraction et de rétention des pharmaciens d'établissements.

Au cours de l'année 2003, le comité de négociation entame la préparation d'une nouvelle ronde de négociation en lançant un sondage pour connaître les besoins des membres. Près de 600 membres répondent au questionnaire – un record –, ce qui dénote une grande préoccupation des pharmaciens au sujet de leurs conditions de travail. Après analyse des résultats, les membres du comité de négociation ont pu dégager les grandes orientations à adopter pour la prochaine négociation et entreprendre la rédaction d'un projet de dépôt et ainsi débuter les négociations au printemps 2004. En 2005, 12 rencontres ont eu lieu avec la partie patronale, dont neuf portant sur le volet normatif de l'entente. La partie patronale dépose une offre salariale le 14 décembre 2005.

Alors que les deux parties amorcent des discussions sur le plan salarial, les négociations sont abruptement interrompues à la suite de l'adoption du projet de loi 142 par le gouvernement libéral. Cette loi, adoptée le 15 décembre 2005, impose les conditions de travail aux employés du secteur public. Elle fixe les salaires jusqu'en 2010, période pendant laquelle les salariés recevront un total de 8 % d'augmentation, soit un peu plus de 1 % par année. Elle retire le droit à la libre négociation jusqu'en 2010 et met en place des mesures répressives qui commandent l'exercice normal de toutes les fonctions des salariés en tout temps, en plus d'interdire tout ralentissement, diminution ou altération quantitative ou qualitative des activités au risque de sanctions très lourdes pour ceux voulant exprimer leur désaccord envers une position patronale par des actions concertées[239].

Malgré l'adoption de cette loi spéciale, l'A.P.E.S. fait un retour à la table de négociation pour discuter des écarts salariaux avec le secteur privé. Une entente de principe couvrant la période 2006-2010 et basée sur un dépôt fait la veille de l'adoption de la loi 142 survient entre l'A.P.E.S. et le MSSS pour le volet salarial. En plus d'intégrer des ajustements salariaux, l'entente comprend des dispositions pour la formation d'un comité mixte sur la pénurie ayant

pour mandat de proposer et d'élaborer des mesures d'attraction et de rétention des pharmaciens, la mise en place de divers comités paritaires pour assurer la bonne application de l'entente générale, et la formation de comités locaux[240] et d'un comité national de relations professionnelles[241]. En outre, la lettre d'entente nº 1 intégrée à l'entente, et qui comprend des primes et des forfaits d'installation à certains établissements couvrant 10 % des pharmaciens, divise les membres de l'A.P.E.S. Les dirigeants de l'A.P.E.S., qui considèrent que les acquis ne pouvaient être rejetés, recommandent tout de même l'adoption de cette entente, en s'appuyant sur le possible élargissement de la lettre d'entente nº 1 aux départements connaissant une forte pénurie.

Les membres de l'A.P.E.S. entérinent l'entente dans la controverse, au cours d'une assemblée houleuse tenue à Trois-Rivières, le 11 février 2006. Les membres se sont rangés du côté des dirigeants de l'A.P.E.S. et ont choisi de conserver les acquis même si l'entente répond partiellement aux demandes de l'A.P.E.S., notamment en ce qui concerne le rehaussement du niveau d'entrée pour les jeunes pharmaciens et pour pallier la pénurie de pharmaciens dans certains établissements. Ils craignent par ailleurs que l'absence d'ajustement salarial au sommet de l'échelle salariale ne précipite le départ de pharmaciens détenant une expertise importante dans le réseau. Les primes appliquées dans certains établissements ne répondent que partiellement aux problèmes de pénurie puisque la pénurie s'étend au-delà des établissements visés par l'entente de travail. Ainsi, comme le rapportent Francine Lussier-Labelle, présidente de l'A.P.E.S., et Linda Vaillant, directrice générale, « c'est avec un sentiment d'indignation et de déchirement profond que les pharmaciens d'établissements ont finalement entériné l'entente de principe[242] ».

Un comité formé de trois représentants de l'A.P.E.S. et de quatre représentants du MSSS est formé pour encadrer l'application de la lettre d'entente nº 1. Les réunions régulières entre les deux parties visent à faire le point sur l'application de l'entente, sur la pénurie et sur l'utilisation des pharmaciens dépanneurs. Au cours de l'année 2006, des établissements sont ajoutés à la liste prévue initialement dans l'entente, et des forfaits d'installation sont accordés à des établissements exclus au départ de la liste. En 2007, l'A.P.E.S. cherche à étudier en profondeur la situation des centres universitaires qui sont fortement touchés par la pénurie. Par ailleurs, des établissements de la région de l'Outaouais sont ajoutés à la lettre d'entente nº 1 au début 2007, et des forfaits d'installation ont été attribués à des établissements hors liste[243].

À la suite de la conclusion de l'entente et étant donné l'insatisfaction des membres, la présidente, Francine Lussier-Labelle, la première vice-présidente, Geneviève Cayer et la directrice générale, Linda Vaillant, rencontrent le ministre de la Santé, Philippe Couillard, pour faire le point sur les bénéfices de l'entente. Présentant les résultats d'une étude commandée par l'A.P.E.S. à la firme CROP, l'A.P.E.S. a demandé la mise sur pied d'une table de travail qui aurait pour mission d'enquêter sur l'écart de rémunération entre un pharmacien salarié du secteur privé et un pharmacien d'établissement de santé. Deux conditions sont posées par le ministre Couillard, soit qu'il ne s'engage pas à combler l'écart et qu'il attende la fin des négociations avec la Fédération des médecins spécialistes. Le déclenchement d'élections en 2007 met un terme à ces démarches.

Les tensions sont exacerbées en 2007, lorsque des mesures administratives sont consenties par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal à deux établissements de la région, situation dénoncée par d'autres intervenants et engendrant une compétition malsaine dans la région. Cette situation amène l'A.P.E.S. à demander une réouverture de la négociation, sans succès. Malgré la situation difficile, un nombre record de membres se réunissent en assemblée générale pour discuter du problème et conviennent, à 99 %, d'adopter des moyens de pression pour forcer le gouvernement à intégrer les mesures particulières à l'entente de travail.

En réponse aux moyens de pression évoqués par les établissements de la région de Montréal à l'égard de l'encadrement des étudiants en pharmacie de 1er et de 2e cycle, un comité d'experts concernant l'organisation et la coordination des stages et des résidences en pharmacie est mis en place à Montréal en 2007. Le rapport du comité est adopté en janvier 2008 et propose une série de recommandations relatives à la détermination de l'organisation des stages et au déploiement et à la gestion des stages. Le comité fixe deux conditions préalables, soit « la mise en place de conditions favorisant l'attraction et la rétention des pharmaciens d'établissements » et « le maintien d'un niveau d'expertise approprié qui permettra notamment

d'assurer un encadrement clinique de qualité. Le seul fait de corriger la pénurie en nombre ne garantit pas l'expertise qui repose sur la rétention de ressources et le gain d'expérience dans les milieux[244] ».

La loi 142 interdisant toute forme de moyen de pression, l'A.P.E.S. obtient la mise en place d'une circulaire sur l'application des mesures administratives destinées à tous les établissements de santé. Bien que cette circulaire crée un précédent en matière de relations de travail et pose certains problèmes dans son application[245], il n'en demeure pas moins que c'est par la force des membres de l'A.P.E.S. qu'il a été possible d'obtenir des ajustements salariaux, dont près de 80 % des membres ont pu bénéficier. Une fois de plus, cette crise se termine par un gain pour l'A.P.E.S., alors que les mesures administratives offertes à deux établissements se retrouvent balisées par une circulaire administrative du MSSS. Les gains obtenus ne s'appliquent qu'aux établissements visés par la circulaire (c.à-d. présence d'une pénurie, encadrement d'étudiants).

En 2009, au lendemain de l'adoption des mesures, l'A.P.E.S. remet en place les moyens de pression après avoir constaté que l'entente conclue entre l'A.P.E.S. et le MSSS avait été modifiée sans l'accord de l'A.P.E.S. En réponse à cette menace, le MSSS propose d'émettre une circulaire, la circulaire 2009-13, pour faciliter l'application plus étendue des mesures administratives, même si l'A.P.E.S. souhaitait que les mesures soient incluses dans l'entente de travail. En 2009, 67 % des établissements ayant répondu au sondage de l'A.P.E.S. disent appliquer les mesures, ce qui représente 80 % des membres[246].

Pour l'A.P.E.S., « l'émission de la circulaire 2009-13 comportait un point de mécontentement majeur pour l'A.P.E.S., soit la mention que l'article 3.03 de l'entente collective de travail n'ouvrait pas la porte à des avantages supérieurs aux conditions prévues en ce qui a trait à la rémunération. Le MSSS ordonnait alors aux établissements de cesser l'application de toute entente de ce genre, qu'elle ait fait l'objet d'une signature avec l'A.P.E.S. ou non. Or, du point de vue de l'Association, l'article 3.03 permet à un établissement, si l'A.P.E.S. est d'accord, de régler des situations particulières par une entente qui ne s'applique en général qu'à un ou à quelques individus[247] ».

Alors que l'entente de travail est échue depuis le 31 mars 2010, l'A.P.E.S. a repris les négociations avec la partie patronale. Bien que l'A.P.E.S. demande que soit intégrée la circulaire administrative à la prochaine entente, la partie patronale en a maintenu l'application jusqu'au moment d'écrire ces lignes.

La reconnaissance de l'équité

Après la signature de l'entente de 2000, l'A.P.E.S. poursuit les travaux pour une reconnaissance salariale de la valeur de l'emploi de pharmacien dans le réseau de la santé. L'A.P.E.S. s'est jointe d'abord à la table des syndicats indépendants pour ensuite passer à la table des professionnels de la santé et de la fonction publique. L'A.P.E.S. ne reconnaît pas, tout comme plusieurs autres groupes de professionnels, la validité de l'outil de travail proposé par le Conseil du trésor et refuse de participer à l'exercice.

Après s'être fait indiquer par la Commission de l'équité salariale de compléter le programme de relativité salariale conformément à la *Loi sur l'équité salariale*, le Conseil a entrepris une démarche unilatérale en 2003 dans laquelle l'ajustement salarial global pour les pharmaciens d'établissements est de 1,28 %, ce qui ne constitue pas une augmentation salariale mais plutôt un montant calculé pour rendre la courbe des salaires exempte de biais sexistes. Le Conseil du trésor a aussi jugé que les chefs de département et de service de pharmacie n'ont pas droit à l'ajustement puisqu'ils font partie d'une autre catégorie d'emploi.

L'A.P.E.S. ainsi que des syndicats accrédités ont entrepris un recours pour faire invalider le chapitre IX de la *Loi sur l'équité salariale* et les décisions de la Commission de l'équité salariale en s'appuyant sur l'inconstitutionnalité du chapitre qui ne respecterait pas les chartes des droits et libertés canadienne et québécoise. Le jugement donne raison à l'A.P.E.S. et aux syndicats en déclarant le chapitre IX inconstitutionnel et en annulant les décisions de la Commission de l'équité salariale.

Les travaux sur l'équité salariale reprennent en 2006, et l'A.P.E.S. est conviée à participer à un exercice pour établir le « programme général de l'équité salariale ». La *Loi sur l'équité salariale* prévoit la formation d'un comité de 12 personnes représentant divers groupes de salariés.

En 2006, l'A.P.E.S. participe à nouveau à des rencontres du comité d'équité salariale formé des associations repré-

sentant le personnel d'encadrement du réseau de la santé et du secteur de l'éducation et qui doit mener à un exercice pour arriver à l'équité salariale du Programme général dont fait partie l'A.P.E.S. après les modifications apportées à la *Loi sur l'équité salariale*. L'A.P.E.S. doit s'assurer d'évaluer si toutes les catégories d'emploi sont des groupes féminins en vertu de la *Loi sur l'équité salariale*. L'A.P.E.S. compte la catégorie de pharmaciens et les quatre groupes de chefs. Une fois l'identification des catégories terminée, l'A.P.E.S. doit évaluer chacune adéquatement même si les outils d'évaluation sont ceux utilisés pour les cadres des réseaux de la santé et de l'éducation. Il aura fallu beaucoup de représentations à l'A.P.E.S. pour faire reconnaître chacune des catégories d'emploi comme des professions à prédominance féminine puisque les données du Conseil du trésor ne correspondaient pas à celles de l'A.P.E.S. pour deux des groupes de chefs.

En 2007, l'A.P.E.S. participe aux travaux du comité d'équité salariale et du comité de coordination de l'équité salariale et obtient deux sièges au sein de groupes d'évaluateurs pour s'assurer que l'emploi de pharmacien d'établissement soit bien compris de tous et bien évalué.

En 2008, une centaine de pharmaciens d'établissements reçoivent un questionnaire détaillé afin d'évaluer leur emploi ; à noter que le questionnaire est différent de celui utilisé pour les cadres puisque les fonctions du pharmacien ne ressemblent aucunement à celles d'un cadre du réseau de la santé ou de l'éducation. À la suite de l'évaluation des questionnaires, des travaux seront entrepris pour définir les cotes des catégories d'emploi du programme.

En mars 2009, le projet de loi 25 est déposé par le ministre du Travail, M. David Whissel, qui vise à modifier la *Loi sur l'équité salariale*. De l'avis de l'A.P.E.S., ce projet va à l'encontre des intérêts des catégories d'emploi dont les pharmaciens d'établissements. En réaction à ce projet, les membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S. adoptent une résolution visant à demander un programme d'équité distinct pour les trois groupes de professionnels inclus dans la démarche, soit les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux et les pharmaciens en établissement de santé[248].

En 2011, l'A.P.E.S. publie finalement les résultats du troisième et dernier affichage qui précise les pourcentages d'ajustement finaux de l'équité, soit 12,67 % pour les pharmaciens, 7,71 % pour les chefs 1, 11,36 % pour les chefs 2, 14,31 % pour les chefs 3 et 15,61 % pour les chefs 4[249]. Ces ajustements visent à corriger les écarts vécus par les pharmaciens compte tenu de la prédominance féminine dans les cinq catégories d'emploi du groupe. À noter que les ajustements consentis sont distincts des mesures administratives mises en place à la fin des années 2000 et ne devraient pas s'y substituer, afin de préserver leurs effets sur l'attraction, la rétention et la résolution éventuelle de la pénurie de pharmaciens d'établissements.

L'A.P.E.S. en soutien à ses membres

Compte tenu de sa mission, l'A.P.E.S. offre un service de soutien individuel aux membres qui éprouvent des problèmes d'application de l'entente de travail. Ce soutien comprend une série d'interventions allant de la consultation téléphonique à l'accompagnement juridique des membres. La directrice générale répond à la majorité des questions et requiert les services des conseillers juridiques pour des avis plus poussés pour certaines questions.

Au fil des années, la majorité des questions reçues à l'A.P.E.S. portent sur des aspects normatifs de l'entente, notamment les congés de maternité et les congés sans solde. En 2001, le personnel de l'A.P.E.S. constate toutefois une augmentation des tensions dans plusieurs établissements, lesquelles sont liées directement à la pénurie de pharmaciens et à la surcharge de travail. En 2003, l'A.P.E.S. doit intervenir dans cinq dossiers où les établissements sont en manque de ressources. L'intervention de l'A.P.E.S. a permis d'assurer le maintien des services par le recours à des pharmaciens « dépanneurs » dans trois de ces établissements, alors que l'A.P.E.S. s'est révélée impuissante face au sous-financement des deux autres départements de pharmacie[250].

L'année 2004 a vu une augmentation importante de différends. Une quinzaine de cas sont enregistrés pour des établissements qui avaient recours à des pharmaciens « dépanneurs » sans avoir signé d'entente préalable avec l'A.P.E.S. À la suite de la signature de l'entente, à la demande de la partie patronale en 2005, l'A.P.E.S. accepte d'abandonner tous ces différends et s'engage à ne pas en soulever d'autres pour des situations semblables pour une durée équivalant aux trois premières années de l'entente afin d'évaluer les effets de la lettre

d'entente nº 1 portant sur les primes de recrutement et de rétention dans des établissements ciblés en régions isolées ou éloignées.

La réorganisation de la permanence de l'A.P.E.S. permet l'ajout d'une ressource pour répondre aux questions des membres. En plus de la directrice générale et de la directrice générale adjointe, une conseillère juridique est embauché en 2008 pour répondre à des questions d'ordre syndical, ce qui assure un service plus constant, plus rapide et une continuité au sein de l'A.P.E.S.

Par ailleurs, l'A.P.E.S. gère aussi le contrat d'assurance collective pour les membres qui contractent des assurances par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel depuis la fin des années 1960. En 1976, une assurance obligatoire, comprenant l'assurance salaire, l'assurance vie et l'assurance maladie, est intégrée à l'entente de travail. Pour contrer l'augmentation de la prime d'assurance, l'entente de travail de 1985 prévoit la formation d'un comité paritaire chargé d'étudier les soumissions des compagnies d'assurances et de contracter la police pour les membres. Depuis le début des années 1990, les primes sont en hausse constante, notamment en raison de l'augmentation de la couverture des soins dentaires et de l'ajout de nouveaux médicaments couverts. Au cours des années 2000, les primes augmentent toujours alors que la compagnie d'assurance multiplie les clauses limitant les couvertures, notamment l'inclusion de la notion de fumeur et de non-fumeur dans le contrat à partir de 2000. À partir de 1995, la couverture de la police d'assurance est étendue aux conjoints de même sexe, à la demande de membres qui en ont exprimé le souhait dans un sondage.

Les membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S. pour l'année 2001-2002.

De gauche à droite, première rangée: France Boucher, Alain Bureau, Charles Fortier, Linda Vaillant et Manon Lambert.
Deuxième rangée: Denis Rocheleau, Johanne Asselin, Pierre Fortin, Geneviève Cayer et Dominique Ainsley.
Absents: Jacques Gagnon et Francine Lussier-Labelle.

Source: Archives de l'A.P.E.S.

1 Sonnedecker G. The American Practice of Pharmacy, 1902-1952. *Journal of the American Pharmaceutical Association,* 2001 ; 41 (1) : 21-2 ; Higby G. American Pharmacy in the twentieth century. *Am J Health-Syst Pharm* 1997 (August 15) ; 54 : 1805.

2 Higby G. American Pharmacy in the twentieth century…, p. 54 : 1806. ; Harris RR, McConnell WE. The American Society of Hospital Pharmacists : A History. *Am J Hosp Pharm* 1993 Jun ; 50 (6 Suppl 2) : S4.

3 *Original Constitution and By-Laws, 1942* dans Harris RR, McConnell WE. The American Society of Hospital Pharmacists…, p. S10.

4 Zellmer WA. « Overview of the History of Hospital Pharmacy in the United States » in Brown TR. *Handbook of Institutional Pharmacy Practice.* Maryland, ASHP, 2006, 4th edition, p. 28.

5 Cameron DM, ed. *The History of Pharmacy in Alberta : the First One Hundred Years*. Edmonton, The Alberta Pharmaceutical Association, 1993, p.98.

6 *Site de la SCPH* [en ligne] : http://www.cshp.ca/aboutUs/history_e.asp (page consultée le 30 janvier 2009) ; Walker SE. A Brief History of CSHP. *JCPH* 2004 (novembre) ; 57 (5) : 268.

7 Walker SE. A short history of the *Canadian Journal of Hospital Pharmacy JCPH* 2004 (juin) ; 57 (3) : 140.

8 André Boissinot souligne d'ailleurs le manque d'intérêt de la SCPH dans les questions professionnelles : « les problèmes des autres provinces ne sont pas nos problèmes et […] lorsqu'il a été question de salaires, on nous a répondu que c'était une affaire locale. » Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. PV de la réunion de l'APHPQ, 18 mai 1961.

9 Les activités de la SCPH se déroulant uniquement en anglais, les membres francophones ont répété à plusieurs reprises leurs demandes pour que les documents soient traduits, ce que la SCPH s'est toujours refusée à faire. Certains considèrent que la question linguistique est la principale raison de la séparation des pharmaciens d'hôpitaux québécois d'avec la SCPH. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. PV de l'AG annuelle de l'APHPQ, 6 septembre 1962 ; Voyage dans le temps. *Pharmactuel* 1991 (mai-juin) ; 24 (3) : 19-20.

10 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – APHPQ Assemblées générales 1961-1965. PV de la réunion de l'APHPQ, 18 mai 1961.

11 La partie 3 de la *Loi des compagnies* permettait au lieutenant-gouverneur d'accorder une charte d'incorporation à trois personnes ou plus qui en font la demande afin de constituer une association à but non lucratif. Cette disposition pouvait s'appliquer aux organismes de charité ou encore à des regroupements scientifiques, artistiques, sportifs ou professionnels.

12 Seulement un des membres présents à la réunion de fondation se trouve à l'emploi d'un hôpital anglophone, l'Hôpital Jeffery Hale de Québec.

13 Selon la correspondance échangée entre Raymonde Ferland et sœur Marie-du-Christ-Roi à l'automne 1962, ces départs seraient liés à la prise de position de ces administrateurs au sujet de la présence d'officières, soit des religieuses non licenciées en pharmacie, dans les rangs du groupe ainsi qu'à l'embauche d'un conseiller juridique pour aider les administrateurs dans l'élaboration des règlements. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Correspondance de Raymonde Ferland, automne 1962.

14 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Lettre personnelle du président, Théo. Duchesne, à tous les membres, septembre 1962.

15 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV de l'APHPQ-SPPH, 1961-1969. Message du président à tous les membres actifs et associés, janvier 1964.

16 AUM, Fonds E63. Boîte 1865, 56-7-2-2. Correspondance générale. Liste officielle des pharmaciens de la province de Québec inscrits sur les registres du Collège des pharmaciens de la province de Québec, 1er mars 1960.

17 La *Loi de pharmacie* ne s'appliquant pas dans les hôpitaux jusqu'en 1973, la présence d'un pharmacien licencié n'était pas nécessaire pour assurer le fonctionnement du service de pharmacie, du moment qu'un médecin est présent dans l'établissement. De plus, beaucoup de pharmaciens formés à l'extérieur du Québec et ne pouvant donc obtenir la licence du Collège des pharmaciens (l'un des critères étant d'être diplômé d'une des deux universités québécoises dispensant le baccalauréat en pharmacie) se retrouvaient à l'emploi des hôpitaux. Les hôpitaux anglophones ayant probablement plus de difficulté à recruter des candidats, puisque la formation en pharmacie n'était offerte qu'en français, ils sont plus enclins à embaucher ces pharmaciens. Par ailleurs, il semble que la SCPH n'exige pas de ses membres d'être des licenciés, ce qui explique l'attrait qu'elle exerce sur les pharmaciens œuvrant dans les hôpitaux anglophones.

18 Au début des années 1960, encore beaucoup d'hôpitaux ne font pas appel à des pharmaciens pour assurer les services pharmaceutiques, et les religieuses sont encore présentes dans des postes de direction, notamment dans les services de pharmacie où il est fréquent de voir une religieuse veiller aux tâches administratives alors que les tâches professionnelles sont reléguées à des pharmaciens licenciés ou non. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – Dossier APHPQ. *Lettres patentes constituant en corporation l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec inc.* Charte obtenue en vertu des dispositions de la troisième partie de la *Loi des compagnies du Québec*, 7 juillet 1961.

19 Le membre honoraire constitue la troisième catégorie de membres prévue à la charte de l'Association. Si initialement la charte prévoit que ce membre est un pharmacien désigné par le bureau de direction pour faire partie de l'Association et que la proportion de membres honoraires ne peut dépasser 10 % du total des membres actifs, les nouveaux règlements adoptés vers le milieu des années 1960 précisent que toute personne ayant contribué de façon exceptionnelle au développement de la pharmacie peut être choisie comme membre honoraire de l'APHPQ. Ces membres peuvent participer aux assemblées générales et spéciales de l'Association et n'ont pas à s'acquitter du paiement de la cotisation. En contrepartie, ils n'ont aucun droit de vote et ne sont pas éligibles aux élections du bureau de direction.

20 En juillet 1961, la charte définit les membres associés comme des « pharmaciens diplômés ou non, en fonction dans les domaines connexes à celui de la pharmacie sur demande à cette fin et sur acceptation du bureau de direction, en se conformant à toutes autres conditions d'admission décrétées par résolution du bureau de direction […] ». Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. *Lettres patentes constituant en corporation l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec inc.*, 7 juillet 1961.

21 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. *Lettres patentes constituant en corporation l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec inc.*, 7 juillet 1961.

22 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. PV de l'assemblée générale de l'APHPQ, 24 novembre 1961.

23 Aucune trace de la version finale des règlements n'a été retrouvée dans le fonds d'archives de l'A.P.E.S. Seul un projet de règlements datant de 1963 a été retrouvé. Il a donc été impossible de déterminer précisément la date d'adoption de ces nouveaux règlements, mais il est permis de croire qu'ils aient été adoptés quelque temps après la présentation de ce projet de règlements. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. Projet de règlements, 1963.

24 Dans les premières années d'existence, le bureau de direction comprend 11 membres. L'abolition du poste d'assistant-secrétaire à l'exécutif du bureau de direction en 1963 fait passer à dix le nombre de membres du bureau de direction.

25 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. Projet de règlements, 1963.

26 Les archives de l'A.P.E.S. ne permettent pas d'identifier clairement les six régions et le territoire couvert par chacune. Nous savons cependant que la région de Montréal, en 1966, s'étend bien au-delà des limites de la ville et regroupe les régions de Sherbrooke, La Tuque, Arthabaska, Trois-Rivières, Hull, Buckingham, Lachine, Drummondville, Shawinigan, Saint-Hyacinthe, Magog, Sorel, Valleyfield, Nicolet et Verdun, soit presque tout l'ouest de la province. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – PV APHQ et SPPH 1961-1969. PV de l'assemblée du bureau de direction, 14 juin 1966.

27 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 26. A.P.E.S. divers. 1975-1980. *Constitution de la SPPH*, 29 septembre 1967.

28 Johanne Collin évoque la possibilité que « les visées syndicales de même que les critères d'appartenance à la profession ont pu contribuer à noyer assez rapidement le nombre de ces dernières au sein de ces structures. » Voir Collin J. *Changements d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980.* Montréal : Boréal, 1995, p.211-212.

29 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Procès-verbaux de l'APHPQ-SPPH 1961-1969. Rapport du comité de règlements, 17 septembre 1963.

30 À la suite des moyens de pression, les employés d'hôpitaux ont obtenu des augmentations salariales de près de 40 %, et des médecins et des ingénieurs songent aussi, à l'époque, à se grouper en syndicat. Voir ACHUSJ, Dossier de presse. Godin P. Les pharmaciens d'hôpitaux veulent former un syndicat. *La Presse,* 27 juin 1963.

31 Probablement que la forte proportion de religieuses au sein de l'APHPQ, peu enclines à la syndicalisation, aurait été un facteur prédominant dans la décision de former un regroupement distinct. Voir aussi *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne] : http://www.apesquebec.org/nous.asp (page consultée le 18 janvier 2010).

32 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. PV de l'assemblée générale de l'APHPQ, 26 novembre 1964.

33 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ. Adresse du président, Pierre-André Deniger, aux membres lors de l'assemblée générale de l'APHPQ du 17 juin 1965.

34 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Documents historiques. Négociations. *Summary of welcome given by Nathan Fox. Conference of Hospital Pharmacists*, Montréal, February 13th 1965.

35 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec.* Montréal : Musée de la pharmacie du Québec, 1994, p.288.

36 La question aurait donné lieu à un débat intense entre les membres présents à l'assemblée, et au moment de passer au vote, un membre s'opposant à la proposition s'abstient de voter, ce qui permet à la résolution d'être adoptée par une voix de majorité. Entretien avec Roger Leblanc – Octobre 2010. Voir aussi Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. PV de l'assemblée générale de l'APHPQ, 21 octobre 1967.

37 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. A.P.E.S., divers 1975-1980. Constitution SPPH, 29 septembre 1967.

38 Gazette officielle du Québec, 18 août 1973, 105e année, nº 33.

39 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. Projet de règlements, s.d.

40 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – PV APHPQ et SPPH 1961-1969, PV de la réunion du bureau de direction de l'APHPQ, 5 septembre 1962 ; PV de l'assemblée générale annuelle de l'APHPQ, 6 septembre 1962 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Lettre de la secrétaire de l'APHPQ, Raymonde Ferland, à Jean Thibault, pharmacien, concernant la formation du comité de créances, 26 septembre 1962.

41 Ce comité permet aux officières de disposer d'un lieu d'échange pour partager leurs expériences et problèmes sur la gestion d'un service de pharmacie et sur la répartition des tâches avec les pharmaciens. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – PV APHQ et SPPH 1961-1969. PV de la réunion du bureau de direction de l'APHPQ, 26 janvier 1962.

42 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. Discours présenté lors d'une assemblée générale, s.d.

43 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. Extrait du mot du président, Assemblée générale de l'APHPQ, 26 novembre 1964.

44 Ce comité permet aux officières de disposer d'un lieu d'échange pour partager leurs expériences et problèmes sur la gestion d'un service de pharmacie et sur la répartition des tâches avec les pharmaciens. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – PV APHQ et SPPH 1961-1969. PV de la réunion du bureau de direction de l'APHPQ, 26 janvier 1962.

45 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – APHPQ Assemblées générales 1961-1965. Rapport de la secrétaire de l'APHPQ, Sr Marie de la Croix, 6 septembre 1962.

46 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. PV de l'assemblée générale annuelle, 23 septembre 1965.

47 Sans connaître les effectifs de la SPPH avant la fusion, ces chiffres nous permettent tout de même de conclure que beaucoup de membres de l'APHPQ ont probablement refusé de rejoindre la nouvelle organisation et que la SPPH n'a pu recruter suffisamment de pharmaciens parmi les autres pour augmenter considérablement ses effectifs.

48 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29 – Comité de recrutement. PV de la réunion du comité de recrutement de la SPPH, 29 avril 1971 ; *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1972 (novembre) ; 5 (6).

49 Communication orale. Propos recueillis auprès de Pierre Ducharme, pharmacien. Mai 2010.

50 *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1972 (novembre) ; 5 (6).

51 Leblanc R. Mot du président. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1973 (juin) ; 6 (4) : 1.

52 Les règlements spécifient que les membres doivent faire la demande pour être admis au sein de l'A.P.E.S. Cette précision est ajoutée pour se conformer à la *Loi des syndicats professionnels*, qui exige que chaque membre potentiel fasse une demande d'admission par écrit avant d'être admis dans un regroupement. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 35. Divers 1975-1980. *Extraits certifiés conformes au procès-verbal de l'assemblée générale,* 3 mars 1973.

53 Le recrutement demeure cependant difficile dans la région de Montréal, mais les interventions d'Alick Torchinsky permettent de recruter sept pharmaciens du Montreal General Hospital en 1976. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. PV 13/6/75-4/6/76. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S. tenue les 17 et 18 octobre 1975 ; Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 4 juin 1976.

54 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 SPPH Procès-verbaux 1970-1973. PV d'une assemblée du CA de la SPPH, 5 juillet 1971 ; Boîte 29 – Comité de recrutement 1973. PV de la réunion du Comité de recrutement de la SPPH, 29 avril 1971.

55 Notes personnelles – Pierre Ducharme, janvier 2010.

56 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977 (août) ; 10 (4).

57 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – A.P.E.S. Procès-verbaux 1977-78-79. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S. tenue du 13 au 15 avril 1978 ; Boîte 9. Procès-verbaux – Conseil d'administration, 1979-1980. PV de la réunion du CA de l'A.P.E.S. tenue les 13 et 14 septembre 1979 ; Procès-verbaux – Conseil d'administration, 1981-1982. PV de la réunion du CA de l'A.P.E.S. tenue les 9 et 10 avril 1981.

58 Cette option est considérée notamment pour les bénéfices financiers importants qui peuvent en résulter pour l'A.P.E.S. à une époque de crise économique ayant entraîné de nombreuses contraintes budgétaires pour l'Association. Ce thème sera traité plus loin dans ce chapitre. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – Procès-verbaux conseil d'administration, 1982-1983. PV de la réunion du CA de l'A.P.E.S., 16 avril 1982 et PV de la réunion du conseil d'administration, 11 juin 1982.

59 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux – Conseil d'administration, 1982-1983. PV de la réunion du conseil d'administration, 10 septembre 1982 et PV de la réunion du conseil d'administration, tenue les 2 et 3 décembre 1982.

60 Aucune cotisation n'est exigée de ces membres, qui n'ont pas droit de vote et ne peuvent être éligibles à un poste d'administrateur. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1982 (octobre) ; 15 (5).

61 Létourneau R. L'orientation de la Société professionnelle des pharmaciens d'hôpitaux du Québec. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1970 (octobre) ; 2 (10).

62 La cotisation, qui était fixée à 10 $ en 1961, passe à 15 $ pour les membres actifs et associés en 1967. À compter de 1968, un droit d'entrée de 10 $ est exigé des membres en plus du paiement de la cotisation, qui est fixée à 36 $ par année.

63 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 SPPH Procès-verbaux 1970-1973. Rapport du trésorier 1972, 6 janvier 1972.

64 Cette augmentation est aussi assortie d'une décision du conseil d'administration obligeant les personnes en congé spécial, notamment celles en congé de maternité, de payer la totalité de la cotisation pendant cette période. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. PV 13/6/75-4/6/76. Rapport de la réunion du CA de l'A.P.E.S., 5 décembre 1975 ; 26 et 27 mars 1976.

65 Encore en 1979, les administrateurs refusent d'augmenter la cotisation, ce qui prive l'A.P.E.S. d'un fonds de réserve d'environ 7500 $ et qui rend nécessaire la hausse de la cotisation en 1980.

66 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. A.P.E.S. PV 28/2/74-19/4-75. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 28 février 1974.

67 Dubois G. Le conseil vous informe. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (août) ; 12 (6).

68 Létourneau R. L'orientation de la Société professionnelle des pharmaciens d'hôpitaux du Québec. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1970 (octobre) ; 2 (10).

69 Schubert F. Les finances. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1978 (août) ; 11 (5).

70 À ce moment, il est question d'embaucher un directeur général.

71 Ce comité propose entre autres de limiter le nombre de numéros du *Bulletin d'information* publiés annuellement et de diminuer le remboursement des dépenses des administrateurs (repas, appels téléphoniques, hébergement, etc.). Il suggère aussi de confier la commandite des journées pharmaceutiques à une seule compagnie pour la somme de 5000 $, ce qui limite l'influence de l'industrie pharmaceutique. L'organisation d'activités sociales commanditées par les compagnies pharmaceutiques, telles des journées de golf ou des soirées dansantes, et l'introduction de la publicité dans le *Bulletin d'information* sont d'autres propositions du comité. Cette dernière proposition est cependant rejetée par les administrateurs après avoir provoqué un vif débat. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Comité des finances 1978-1979. Rapport de la réunion du comité des finances, 9 mai 1978 ; PV de la réunion du conseil d'administration, 15 et 16 juin 1978 ; Rapport de la réunion du comité des finances, 7 février 1979.

72 Cette manière de fonctionner entraîne des coûts élevés liés au remboursement des dépenses pour les déplacements des administrateurs devant assister aux réunions du conseil d'administration et de l'exécutif, en plus des frais de location des salles pour tenir les réunions et des frais téléphoniques.

73 Voir Jetons l'ancre. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977 (février) ; 10 (1).

74 Par exemple, en 1978, M. Yves Courchesne, chef du Service de pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, doit abandonner ses fonctions au sein de l'A.P.E.S. après que la direction de l'établissement a considéré cette fonction moins importante que sa participation au comité de pharmacologie formé par le Collège des médecins. La direction spécifie que sa participation à l'A.P.E.S. n'est pas « prioritaire pour votre service et que les objectifs de cet organisme se confondent avec les objectifs de votre service ou ceux du centre hospitalier. » Voir Archives de l'A.P.E.S. Lettre du directeur des services hospitaliers de l'Hôtel-Dieu de Montréal, Jean-Marc Poliquin, à Yves Courchesne, chef du Service de pharmacie, au sujet de sa représentation à l'A.P.E.S., 18 janvier 1978.

75 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. A.P.E.S. PV 28/2/73-11/1/74. PV de l'assemblée ordinaire annuelle de la SPPH, 3 mars 1973 ; Boîte 8. A.P.E.S. PV 13/6/75-4/6/76. Rapport de la réunion du conseil d'administration, 8 août 1975.

76 Même si l'établissement d'un bureau nécessite des dépenses importantes, une partie de l'investissement sera récupérée par la diminution des dépenses liées au remboursement des frais d'hébergement et de déplacement des administrateurs pour la tenue des réunions qui devaient se tenir dans des hôtels ou des hôpitaux à travers la province.

77 Jetons l'ancre. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977 (février) ; 10 (1).

78 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977 (août) ; 10 (4).

79 Le local est situé au 50, boul. Crémazie Ouest, suite 505.

80 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. Procès-verbaux CA 1976-77. Rapport de la réunion du CA de l'A.P.E.S., 10 juin 1977.

81 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. A.P.E.S. – Procès-verbaux 1977-1978-1979. PV de la réunion du conseil d'administration, 13, 14 et 15 avril 1978.

82 Leblanc R. Éditorial. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (août) ; 12 (6).

83 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Statuts de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, révisés par le conseil d'administration les 13 et 14 septembre 1979.

84 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Statuts de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, septembre 1979.

85 Garon G. Réflexion. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (janvier) ; 12 (1).

86 Ibid.

87 Répliques de Georges Elliott et Jean Thibault, président de 1966 à 1968, aux propos de Guy Garon dans Coin du lecteur. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (avril) ; 12 (3).

88 Guimond J. D'une relève à l'autre. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (juin) ; 12 (5).

89 Le comité d'information, créé dès 1968, a pour mandat de faciliter les communications avec les membres, alors que le comité des normes vise à élaborer des paramètres pour encadrer la pratique de la pharmacie en hôpital (effectifs, équipements, auxiliaires). Le comité de bibliothèque a pour objectif de rendre disponible pour les pharmaciens une compilation de volumes et de revues utiles.

90 Éditorial. *Bulletin officiel d'information de la SPPH* 1969 (décembre) ; 1 (9) :1.

91 Courchesne, Y. Penser grand. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1970 (mai) ; 2 (5) : 1.

92 Létourneau R. L'orientation de la Société professionnelle des pharmaciens d'hôpitaux. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1970 (octobre) ; 2 (10).

93 Richer C. Lettre d'un membre. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1971 (janvier) ; 3 (1).

94 Laberge D. Les comités, fer de lance d'une association. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1976 (août) ; 9 (5).

95 Ce comité est mis sur pied pour faciliter les échanges entre établissements et permettre le partage des expériences tout en évitant la duplication des travaux. Il se veut donc un outil de communication important à une période d'expansion de la pharmacie hospitalière. Au départ, le comité sollicite les hôpitaux qui rédigent un bulletin pharmaceutique pour qu'une copie de chacune de leurs publications soit transmise à l'A.P.E.S. Voir Nouveau comité à l'A.P.E.S. *Bulletin d'information de l'A.P.E.S.* 1975 (octobre) ; 8 (6).

96 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. A.P.E.S. – Procès-verbaux 28/02/1974 au 19/04/1975. Rapport de la réunion du conseil d'administration, 17 janvier 1975.

97 Archives de l'A.P.E.S. PV de l'assemblée ordinaire annuelle tenue le 5 mars 1977 dans *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977 (avril) ; 10 (2).

98 Leblanc R. Mot du président. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1973 (juin) ; 6 (4).

99 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1978 (août) ; 11 (5).

100 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1983 (décembre) ; 16 (7).

101 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – Procès-verbaux du conseil d'administration 1983-1984. PV de la réunion du conseil d'administration, 2 décembre 1983.

102 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux. Conseil d'administration 1979-1980. PV de la réunion du comité des communications, 23 janvier 1980.

103 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1980 (juillet) ; 13 (5).

104 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (août) ; 12 (6) ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 192-1983. PV de la réunion du conseil d'administration, 16 avril 1982.

105 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1996*.

106 Le processus suscite colère, anxiété et déception chez les pharmaciens qui se sont tournés vers l'A.P.E.S. pour être appuyés dans leurs démarches. Dans ce contexte, l'A.P.E.S. a dû fournir un service de soutien aux membres réaffectés, redéployés ou mis à pied. L'A.P.E.S. cherchait à redéployer ces membres en tenant compte des différentes dispositions de l'entente. Pour ce faire, l'A.P.E.S. a dû établir des liens avec les régies régionales et faire comprendre que les pharmaciens ne pouvaient être redéployés de la même façon que les autres employés du réseau de la santé en raison de leur statut de salariés et de membres du CMDP. Bien que l'impact des transformations dans le réseau de la santé se soit estompé au fil des ans, l'A.P.E.S. a tout de même dû poursuivre ses interventions de façon ponctuelle auprès des régies puis des agences régionales et des directions d'établissements afin de soutenir les membres mis à pied. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27. *Rapport d'activités 1996.*

107 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – Procès-verbaux conseil d'administration, 1987-1988 (1). PV de la deuxième réunion du CA de l'A.P.E.S., 11 juin 1987.

108 Ibid.

109 Leblanc S. Nouvel exécutif à l'A.P.E.S. : « Primum non nocere ». *Pharmactuel* 1990 (juillet-août) ; 23 (4) : 39.

110 Leblanc S. Nouvel exécutif à l'A.P.E.S....

111 Leblanc S. Nouvel exécutif à l'A.P.E.S....

112 Leblanc S. Nouvel exécutif à l'A.P.E.S....

113 PV de l'assemblée générale ordinaire de l'A.P.E.S. du 19 avril 1990. *Pharmactuel* 1991 (mars-avril) ; 24 (2) : 11-2, 16.

114 Lors de l'assemblée générale des membres de l'A.P.E.S., en avril 1991, les membres votent en majorité en faveur de la proposition suivante faite par le conseil d'administration : « Opter pour l'emploi d'un directeur général à temps plein, qui soit pharmacien, pour favoriser la gestion des affaires de l'Association, avec un montant limite imputé aux dépenses d'opérations de 112 000 $ pour la prochaine année et que le comité de sélection soit formé au plus tard pour le conseil d'administration de juin. »

115 Présentation du directeur général de l'A.P.E.S. *Pharmactuel* 1992 ; (25 (4) : 31.

116 Babillard. *Pharmactuel* 1995 (mars-avril) ; 28 (2) : 25 et *Site de l'Ordre des pharmaciens du Québec* [en ligne] : http://www.opq.org/fr/services_public/communiques/12 (page consultée le 12 avril 2011).

117 Landry JC. La révision des statuts. *Pharmactuel* 1992 (janv-févr.) ; 25 (1) : 58 ; Archives de l'A.P.E.S. A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A16. 24/04/1996. PV de l'assemblée générale annuelle, 9 avril 1992.

118 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. Dossier Exécutif 12 août 1996. Statuts et règlements de l'A.P.E.S. Refonte 1992, art. 11.

119 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. Dossier exécutif 12 août 1996. Statuts et règlements. Refonte 1992, article 30.1.

120 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 71. Dossier A17. 2 décembre 1999. Statuts et règlements de l'Association, refonte 1997.

121 Si le nombre de candidatures n'excède pas le nombre de postes disponibles, les candidats sont automatiquement intégrés au comité à moins de recommandation contraire d'un responsable du comité ou à moins de ne pas répondre aux exigences particulières d'un poste. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. Dossier A18-1. Retraite annuelle – septembre 1996. Politique de recrutement et de sélection des nouveaux membres sur les comités de l'A.P.E.S., adoptée par le conseil d'administration le 13 septembre 1996.

122 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009,* p. 8-9.

123 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. PV – Conseil d'administration 1986-1987. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 21 novembre 1986.

124 Lucie Germain occupe le poste de coordonnatrice jusqu'en 2001. Elle est remplacée à ce moment par Anne Bouchard. Lyly Doan, embauchée à titre de secrétaire à la fin des années 1990, occupe par la suite le poste de commis à la comptabilité et aux services aux membres.

125 Le poste est occupé par France Boucher à compter de 2002. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 71. *Embauche d'un conseiller permanent. Rapport d'analyse présenté aux membres du conseil d'administration de l'A.P.E.S.* s.d.

126 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux – Conseil d'administration 1984-1985. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 28 septembre 1984 ; Procès-verbaux – Conseil d'administration 1985-1986. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 14 juin 1985 ; Procès-verbaux – Conseil d'administration 1986-1987. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 12 et 13 juin 1986.

127 Le Conseil vous informe. *Pharmactuel* 1991 (juillet-août) ; 24 94) : 35.

128 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. 15 septembre 1995. PV de la troisième réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 15 septembre 1995.

129 Legault G, Trudelle J. La cotisation, à quoi sert-elle ? *Pharmactuel* 1991 (mars-avril) ; 24 (2) : 10-11.

130 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. PV du bureau exécutif 1982-1986. PV de la réunion du bureau exécutif, 21 novembre 1985.

131 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux conseil d'administration, 1987-1988 (1). PV de la réunion spéciale du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 13 juillet 1987.

132 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27. Dossier Rapport annuel 1992. *Rapport annuel du président et des comités, 1987.*

133 Le montant minimal est de 160 $ et le montant maximal de 365 $, ce qui représente une hausse de 4,5 %. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A16. 24/04/1996. PV de l'assemblée générale ordinaire des membres de l'A.P.E.S., 20 avril 1989.

134 *Pharmactuel* 1992 (mars/avril) ; 25 (2) : 15-6.

135 Archives de l'A.P.E.S. A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A16. 24/04/1996. PV de l'assemblée générale ordinaire, 20 avril 1995 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A16. 24/04/1996. PV de l'assemblée générale ordinaire de l'A.P.E.S., 25 avril 1996.

136 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 69. PV réunion du CA 23 février 2001. PV de la 6e réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 23 février 2001.

137 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27. Dossier Rapport annuel 1992. *Rapport annuel du président et des comités, 1987.*

138 Lambert M. Le plan de communication : qu'en est-il ? *Pharmactuel* 1989 (janv.-fév.) ; 22 (1) : 2 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27 – Rapport annuel 1992. *Rapport annuel du président, de la trésorière et des comités, 1989.*

139 Archives de l'A.P.E.S. Dossier E.4. Massy-Forget. Relations publiques. *Plan d'action de communications – A.P.E.S.*, 14 octobre 1993.

140 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 71. Dossier A20-4. Lettre aux membres. Lettre aux membres annonçant l'abolition de comités de l'A.P.E.S. à la suite de la planification stratégique effectuée en mai, 23 décembre 1996 ; Boîte 71. Conseil d'administration du 16 juin 2000. Résumé de la retraite annuelle tenue les 15 et 16 septembre 1999.

141 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001*, p. 10.

142 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2002*, p. 10 ; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2003*, p. 9.

143 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2004*, p. 8.

144 Archives de l'A.P.E.S. Dossier E3-4. Massy-Forget – Relations publiques. *Projet « Communication avec les membres. »*, s.d.

145 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27. Comité des publications 1990-1995. PV de la réunion du comité des communications, 16 septembre 1992 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. Dossier A5. PV, convocation et ordre du jour du conseil d'administration 1990-1994. PV de l'assemblée générale annuelle 22 avril 1993.

146 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A16. 24/04/1996. PV de l'AG ordinaire de l'A.P.E.S., 25 avril 1996.

147 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1985-1986. Procès-verbal du conseil d'administration, 22 novembre 1985 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1987-1988 (partie 2). PV du conseil d'administration, 20 novembre 1987. Il semble toutefois que la participation est décevante à Montréal, en 1989, où seulement huit pharmaciens viennent rencontrer la présidente. Voir Pagé C. Attendez que je me rappelle. *Pharmactuel* 1990 (mai-juin) ; 23 (3) : 22 ; A.P.E.S. *Rapport d'activités 1998,* p. 3.

148 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. A18.Septembre 1998. Le Baluchon. Résumé de la retraite annuelle tenue les 16 et 17 septembre 1998.

149 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 71. Comité exécutif 2 juin 2000. PV de la réunion du CE de l'A.P.E.S., 21 janvier 2000.

150 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001*, p. 10, 14.

151 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2008*, p. 19.

152 Archives de l'A.P.E.S. Description des tâches des employés du secrétariat. PV du conseil d'administration, 28 avril 2004.

153 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2003*, p. 15.

154 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2005* ; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006* ; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2007.*

155 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009,* p. 5. Au 31 décembre 2010, la permanence de l'A.P.E.S. est composée de Linda Vaillant (directrice générale), France Boucher (directrice générale adjointe), Colette Khoury (adjointe professionnelle à la Direction générale), Anne Bouchard (coordonnatrice de la formation et des publications), Annie Roy (conseillère juridique), Lyly Doan (coordonnatrice des services comptables), Francine Brosseau (attachée de direction), Marie-Lou Jalbert (secrétaire-réceptionniste), Mario Poitras (édimestre) et Jennifer Lavoie (en remplacement du congé de maternité d'Annie Roy).

156 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2008*, p. 5.

157 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2010,* p. 4.

158 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009,* p. 16.

159 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2008,* p. 16-17.

160 Ce résultat est dû à la surcharge de travail à laquelle font face les membres à l'automne 2009 en raison de la pandémie de grippe. A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009,* p. 5.

161 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2007*, p. 12.

162 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. PV de l'assemblée générale, 26 janvier 1962 ; Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec…*, p. 287-288.

163 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Procès-verbaux de l'APHPQ et SPPH 1961-1969. PV du bureau de direction de l'APHPQ, 12 février 1965.

164 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée : 1921-2006.* Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2006, p. 99.

165 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. Rapport des pourparlers avec le directeur général de l'Assurance hospitalisation, 16 novembre 1962.

166 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Procès-verbaux de l'APHPQ et SPPH 1961-1969. PV de la réunion du bureau de direction de l'APHPQ, 12 juillet 1962 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Rapport – Entrevue avec le Collège des pharmaciens de la province de Québec, 24 juillet 1962.

167 Dans ce mémoire, l'APHPQ demande notamment la présence d'un pharmacien licencié dans les services de pharmacie hospitaliers, l'application des normes en pharmacie, le contrôle de la distribution des médicaments dans les hôpitaux, l'inclusion du pharmacien au sein du conseil des médecins et la formation d'un comité pour l'étude d'un formulaire. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier

APHPQ. *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social par l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec*, avril 1967.

168 En 1969 et 1970, Roger Leblanc est appelé à se joindre au comité du formulaire en vue d'élaborer la liste de médicaments ainsi qu'au comité sur l'éducation continue du Collège des pharmaciens. Pierre Marchand et Yves Gariépy font par ailleurs partie du comité conjoint sur l'identification des médicaments à Ottawa.

169 Règlements de la loi des hôpitaux concernant la pharmacie. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (mai) ; 1 (2).

170 Leclerc-Chevalier D. Éditorial. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (novembre) ; 1 (8).

171 Laberge D. La tournée provinciale 1981. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (juin) ; 14 (4).

172 Une soixantaine de membres de l'A.P.E.S. participent à l'exercice de planification stratégique qui se déroule sous la surveillance de professionnels en formation et planification pour définir un plan d'action permettant d'orienter le cheminement de l'A.P.E.S. dans les années à venir. Regroupés en ateliers autour d'enjeux préalablement identifiés, les participants doivent diagnostiquer les problèmes, trouver des solutions, élaborer un plan d'action et discuter des résultats escomptés. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. Dossier A18-1. Retraite annuelle septembre 1996. *Virage 2000 : Nouvelle philosophie,* 22 août 1996.

173 Desbiens C. La distribution des médicaments : un questionnement s'impose… *Pharmactuel* 2001 (mars-avril) ; 34 (2) : 35.

174 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27. *Rapport d'activités 1996,* p. 8.

175 Lambert C. Le RRUM… c'est parti ! *Pharmactuel* 1991 (septembre-octobre) ; 24 (5) : 47.

176 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001,* p. 4.

177 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001,* p. 17.

178 A.P.E.S.-AHQ. Guide sur les services de médicaments en expérimentation. Guide et règle de financement des services pharmaceutiques pour les médicaments en étude clinique (SMEC), 1991 ; A.P.E.S. *Rapport d'activités 1996*, p. 8 ;

179 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006,* p. 26.

180 Ibid.

181 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2007,* p. 15.

182 Tremblay R. L'année 1990-1991 : pivot pour l'A.P.E.S. *Pharmactuel* 1990 (juillet-août) ; 23 (4) : 30.

183 A.P.E.S. Document du comité Alternative à l'hospitalisation. 1994. p. 13-14.

184 Alors qu'en 1961 le salaire moyen des pharmaciens dans les hôpitaux se situe à 6500 $, l'APHPQ réclame un salaire minimal de 6200 $ par année, mais le gouvernement estime plutôt que le salaire de base devrait être de 5000 $ pour la région de Québec et de 6000 $ pour la région de Montréal, avec une prime de 50 $ pour le pharmacien en charge du service. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV APHPQ-SPPH 1961-1969. PV de l'assemblée de direction spéciale du bureau de direction, 31 octobre 1962 ; Collin J. *Changement d'ordonnance…*, p. 149.

185 L'APHPQ éprouve des difficultés à y arriver. Par exemple, en relatant une rencontre avec l'Association des hôpitaux de la province de Québec (AHPQ) tenue en 1963, Raymonde Ferland, pharmacienne à l'Hôpital Jean-Talon, tient les propos suivants : « Ces messieurs ont appris qui nous étions, et ont pris connaissance de nos revendications, mais ne semblent pas intéressés aux pharmaciens à part de la question salaire. » Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Lettre de Raymonde Ferland à Sœur Marie-du-Christ-Roi, 31 janvier 1963.

186 Au cours des années 1960, la SCPH, puis l'APHPQ multiplient les interventions et les requêtes auprès du Service d'assurance hospitalisation pour demander un ajustement de la rémunération des pharmaciens d'hôpitaux, sans succès. Les divergences entre les deux groupes résident principalement dans la classification des pharmaciens, les dirigeants de la branche québécoise de la SCPH favorisant une reconnaissance accrue des pharmaciens non licenciés, qui occupent une grande place dans les rangs de l'organisme. Après des rencontres houleuses, où « d'anciens conflits de personnalités semblaient revenir à la surface », les deux groupes arrivent à s'entendre, ce qui permet à l'APHPQ de déposer à nouveau un mémoire en 1967. ACHUSJ. Dossier de presse. Pharmaciens licenciés réclamés dans les hôpitaux et laboratoires cliniques. *La Presse*. 9 novembre 1960 ; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV APHPQ et SPPH, 1961-1969. Lettre de la présidente de la SCPH (*Quebec Branch),* Yolande Legault, et de la secrétaire, Paule Benfante, au président du comité mixte des relations du personnel professionnel, Albert Nantel, sur les échelles de salaire concernant les pharmaciens d'hôpitaux, 13 juillet 1965 ; Boîte 8. PV APHPQ et SPPH, 1961-1969. Rapport de la réunion conjointe des exécutifs de l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec inc. et de la Canadian Society of Hospital Pharmacist (Quebec Branch), 25 août 1965.

187 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier APHPQ. Pierre-André Deniger. *Présentation apportant des correctifs à la troisième page du mémoire de l'APHPQ*, 1968, p. 6.

188 Archives du CHUSJ. Lettre du directeur général du service d'assurance hospitalisation, Jean-Paul Marcoux, aux directeurs généraux des hôpitaux publics concernant la rémunération des pharmaciens d'hôpitaux, 24 avril 1968.

189 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 39. APHPQ 1966-1967-1968 – SPPH 1967-1968-1969. PV de la réunion de l'APHPQ, 10 février 1968.

190 L'A.P.E.S. dépose notamment un mémoire au comité des relations de travail de l'APHPQ en 1969 pour demander l'uniformisation des conditions de travail des pharmaciens d'hôpitaux. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (octobre) ; 1 (8).

191 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. SPPH – Procès-verbaux 1970-1973. PV de la réunion du bureau de direction, 25 février 1970 ; *Bulletin officiel d'information de la SPPH* 1970 (mai) ; 2 (5).

192 Courchesne Y. Échelles de traitement inacceptables. *Bulletin officiel d'information de la SPPH* 1970 (juin) ; 2 (6).

193 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. SPPH – Correspondance 1970. Réunion des pharmaciens d'hôpitaux de la région de Québec membres de la SPPH, 3 juin 1970.

194 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. SPPH – Procès-verbaux 1970-1973. PV d'une assemblée du conseil d'administration de la SPPH, 30 septembre 1971.

195 Après le départ du conseiller juridique en avril 1973, l'A.P.E.S. décide, par souci d'économie, d'évoluer seule. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. PV 28/2/74-19/4/75. Rapport de la réunion du CA, 11 janvier et 7 juin 1974.

196 Les dirigeants de l'A.P.E.S. considèrent que cette étude ne tient pas suffisamment compte du pourcentage de temps consacré exclusivement à l'administration et ne valorise pas les activités professionnelles. De plus, les activités professionnelles dans un service de pharmacie sont assumées par tous les pharmaciens du service. Le chef de service agit, en ce sens, au même titre qu'un médecin chef de département qui coordonne les activités de son secteur. Archives de l'A.P.E.S. PV du 13 juin 1975 au 4 juin 1976. *Attitude des pharmaciens des établissements de santé face à l'étude sur la rémunération des cadres,* 6 juin 1975.

197 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. PV 13/6/75-4/6/76. Rapport de la réunion du CA de l'A.P.E.S., tenue les 17 et 18 octobre 1975.

198 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Documents historiques. Lettre de Guy Garon, chef pharmacien du CHUL, à Clément Cliche, président du comité des pharmaciens – région 3, concernant les achats de groupe, 21 octobre 1975.

199 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Documents historiques – Négociation. Lettre de Roger Leblanc, président de l'A.P.E.S., aux directeurs généraux des CRSSS concernant les achats groupés, 3 novembre 1975.

200 Ministère des affaires sociales. Normes et pratiques de gestion – Conditions d'exercice des pharmaciens employés dans un centre hospitalier, 7 octobre 1976.

201 Près de six mois après la signature de l'entente, seulement 86 pharmaciens œuvrant à temps plein dans les centres hospitaliers, sur une possibilité de 225, ont signé l'entente. Incluant les 97 pharmaciens cadres, 236 pharmaciens des centres hospitaliers ne sont régis par aucune entente de travail au 8 décembre 1976. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV du conseil d'administration, PV du conseil d'administration, 10 décembre 1976 (enquête sur la signature du contrat, 8 décembre 1976).

202 En 1977, la liste n'est toujours pas diffusée, et l'A.P.E.S. apprend que le classement des cadres est maintenant laissé à la discrétion des centres hospitaliers, ce qui laisse présager une augmentation importante du nombre de pharmaciens sur cette liste, contrairement à ce qui était prévu au moment de la signature de l'entente. Par ailleurs, en novembre 1977 et en mars 1978, les membres de l'A.P.E.S. acceptent d'entamer des moyens de pression qui consistent à boycotter les achats groupés. Malgré cela, les pharmaciens d'hôpitaux bénéficient tout de même de l'indexation des salaires accordée en septembre 1978 et rétroactive au 1er juillet 1978. Le taux minimum d'augmentation et le taux général d'augmentation deviennent 5,5 et 11 %. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Conseiller juridique 1974-1984 – Comité de négociations 1973, 1976-1978 – Diverses négociations 1973, 1976-1978. Communiqué – Négociation, 20 novembre 1977 ; *Bulletin d'information de l'A.P.E.S.* 1978 (octobre) ; 11 (7).

203 Laberge D. Les négociations. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (octobre) ; 12 (8).

204 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21 – Comité de négociation PV de l'A.P.E.S. 1978-1981. PV de la quatrième réunion du comité de négociation, 14 décembre 1978.

205 À l'approche de la nouvelle ronde de négociations, le comité de négociation réfléchit à un regroupement avec une ou plusieurs associations de professionnels autour d'une seule table de négociation des professionnels de la santé, ce qui aurait plus d'influence auprès du MAS. Après des rencontres avec l'Association des optométristes, celle des chirurgiens-dentistes et l'AQPP, les membres du comité de négociation recommandent plutôt que l'A.P.E.S. conserve son autonomie en négociant seule, mais que cette formule ne soit pas écartée pour autant pour y avoir recours si les négociations piétinent. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21 – Comité de négociation. PV de l'A.P.E.S. 1978-1981. PV de la cinquième réunion du comité de négociation, 17 janvier 1979.

206 Laberge D. Les négociations. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (octobre) ; 12 (8).

207 Laberge D. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Le point sur les négociations, 26 novembre 1980.

208 Ibid.

209 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Lettre du président, Donald Laberge, aux membres du CA à propos des négociations et de la rémunération des professionnels de la santé, 17 octobre 1980.

210 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – Procès-verbaux conseil d'administration, 1982-1983. Séance de négociation A.P.E.S.-MAS, tenue à Montréal au CRSSSMM. Texte préparé par Claire Pagé, 25 mai 1982.

211 Correspondance entre Pierre-Marc Johnson, ministre des Affaires sociales, et Pierre Ducharme, secrétaire de l'A.P.E.S., publiée dans le *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1983 (avril) ; 16 (2).

212 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. Actuaires – Rémunération. Gouvernement du Québec – MAS. *Circulaire 1985-043. Conditions de travail des pharmaciens : centres hospitaliers*, 27 mai 1985.

213 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. Actuaires – Rémunération. Gouvernement du Québec – MAS. *Circulaire 1985-043. Rémunération des pharmaciens : CA et CLSC,* 27 mai 1985 ; Boîte 27. Dossier Rapport annuel 1992. *Rapport annuel du président et des comités 1987.*

214 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A17. 02/07/1992. PV de l'assemblée générale spéciale de l'A.P.E.S., 17 février 1989.

215 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 A.P.E.S. PV 28/2/74-19/4/75. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 24 octobre 1974.

216 Depuis 1974, l'A.P.E.S. fait part à la partie patronale de son refus de participer à l'étude sur la rémunération des cadres. Ce refus n'empêche par la publication de l'échelle de rémunération des cadres en 1975, laquelle comprend les pharmaciens. Selon l'A.P.E.S., « le principe qui consiste à payer les cadres en fonction de leurs responsabilités et de leurs activités administratives clairement identifiées et évaluées est excellent en soi. Ce principe préside à l'étude de la rémunération des cadres. À l'intérieur de ce nouveau système, des individus ou des groupes sont justement avantagés, d'autres conservent un statut équivalent et d'autres encore sont fortement pénalisés. S'appuyant sur des présomptions qui évoluent de plus en plus vers une certitude, l'A.P.E.S. a prévu que ce concept de cadre ne convenait pas au portrait du pharmacien. » Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV 28/2/74-19/4/75. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 6 décembre 1974 ; Boîte 8 A.P.E.S. PV 13/6/75-4/6/76. Attitude des pharmaciens des établissements de santé face à l'étude sur la rémunération des cadres, 6 juin 1975.

217 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. Conseiller juridique 1974-1984 ; Comité de négociation 1976 ; Divers négociation 1973, 1976 à 1978. Liste des hôpitaux dont le ou les pharmaciens ont envoyé une lettre à l'administration concernant le refus d'être régi par la rémunération des cadres en date du 14 janvier 1976.

218 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. Comité de négociation PV A.P.E.S. 1978 à 1981. Extrait de l'argumentation de Me Roger David sur la question des pharmaciens-chefs lors d'une rencontre de négociation, 31 janvier 1980.

219 Tremblay R. Sondage A.P.E.S. : Résultats satisfaisants. *Pharmactuel* 1988 (nov.-déc.) ; 21 (5) : 47.

220 Leblanc S. Nouvel exécutif à l'A.P.E.S. : « Primum non nocere »…, p 39.

221 Desmarais M. 1990 : Année de négociation. *Pharmactuel* 1990 (mars-avril) ; 23 (2) : 14.

222 Desmarais M. 1990 : Année de négociation…

223 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A17. PV de l'assemblée générale extraordinaire, 11 septembre 1990.

224 Desmarais M. L'A.P.E.S. : le défi de demain. *Pharmactuel* 1991 (mai-juin) ; 24 (3) : 18.

225 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 27 – Rapport annuel 1992. *Rapport annuel 1991 du président, du trésorier, et des comités.*

226 Lepage-Savary D. Les pharmaciens d'hôpitaux, des professionnels efficaces qui veulent être traités équitablement. *Pharmactuel* 1992 (mai-juin) ; 25 (3) : 20.

227 Le conseil vous informe. *Pharmactuel* 1992 (juillet-août) ; 25 (4) : 35. Aussi, Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A17. 02/07/1992. PV de l'assemblée générale extraordinaire de l'A.P.E.S., 21 janvier 1992 ; PV de l'assemblée générale annuelle, 9 avril 1992 ; PV de l'assemblée générale extraordinaire, 3 juin 1992 ; PV de l'assemblée générale spéciale, 2 juillet 1992.

228 Parent M. Requiem pour la Négo. *Pharmactuel* 1992 (juillet-août) ; 25 (4) : 30.

229 Parent M. Requiem pour la Négo…

230 Parent M. Requiem pour la Négo…

231 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1998*, p. 10.

232 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16, 8 février 1998. PV de l'assemblée générale spéciale de l'A.P.E.S., 25 novembre 1998.

233 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. 18 septembre 1998. Résumé de la retraite annuelle, 16 septembre 1998.

234 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. Dossier A17. 25 novembre 1998. Assemblée générale spéciale – Novembre 1998.

235 Parkes D. Pharmacists dispense trouble. *The Gazette*, 25 mai 1999, p. A5 ; Malbœuf MC. Grève des pharmaciens dans les hôpitaux et les CLSC. *La Presse,* 25 mai 1999, p. A7 *;* Ducas MC. Les pharmaciens des hôpitaux exercent à leur tour des moyens de pression. *Le Devoir*, 25 mai 1999, p. A3 ; Coudé-Lord M. Le CHUM ferme 168 lits. *Le Journal de Montréal,* 26 mai 1999, p. 6 ; Le fouillis total : Lits fermés, chirurgies reportées. *Le Soleil*, 26 mai 1999, p. A13.

236 L'A.P.E.S. conteste la compétence du Conseil des services essentiels pour intervenir dans les actions individuelles, puisque la démission est un droit reconnu dans la constitution, ainsi que le fait que l'action tombe sous la loi spéciale 72 qui avait été adoptée lors des moyens de pression des infirmières, en juillet 1999, et qui touche les services infirmiers et pharmaceutiques.

237 Lambert M. Rapport de la directrice générale. *Rapport d'activités A.P.E.S. 1999*, p. 6.

238 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1999*, p. 12.

239 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2005*, p. 9.

240 Ces derniers permettent de discuter avec les directions des établissements pour régler les problématiques touchant les membres de l'A.P.E.S.

241 Ce comité ne se réunit que lorsqu'une question d'intérêt général dont l'application touche l'ensemble des membres est soulevée. Voir A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006,* p. 17.

242 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006,* p. 4.

243 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006,* p. 15.

244 Rapport et recommandations du comité d'experts concernant l'organisation et la coordination des stages et des résidences en pharmacie, Janvier 2008.

245 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2007,* p. 14.

246 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009,* p. 19-20.

247 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009.* p. 21.

248 Archives de l'A.P.E.S. Équité salariale – Communiqué. 12 mars 2009.

249 Archives de l'A.P.E.S. Équité salariale – 3e affichage. Avril 2011.

250 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2003*, p. 11.