
CHAPITRE 6



*Structure et organisation
du département de pharmacie*

A certains égards, des parallèles peuvent être tracés entre le développement de la médecine et celui de la pharmacie dans les hôpitaux du Québec. Les spécialités médicales ont émergé en suivant un parcours particulier, comme le démontre l'analyse réalisée par l'historien Sébastien Piché. Ce dernier utilise le cas du Service d'hématologie de l'Hôpital Notre-Dame pour illustrer le processus de spécialisation d'un secteur médical au Québec. Il constate que quatre étapes sont nécessaires pour arriver à la reconnaissance d'une spécialité en médecine, c'est-à-dire la constitution d'un savoir distinct, la constitution ou l'intégration de médecins spécialisés dans les services médicaux, la création de services spécialisés dans les hôpitaux et finalement, la reconnaissance de la spécialité par les organismes chargés de gérer les spécialités¹. Les chapitres précédents ont démontré qu'un savoir particulier à la pharmacie hospitalière s'est constitué au Québec à compter de la seconde moitié du XX^e siècle. Ce chapitre illustre, pour sa part, comment les services de pharmacie se sont développés et se sont implantés dans les établissements de santé de la province dans les décennies 1950 à 1970.

Au fil des ans, règlements, lois, normes et guides de pratique se sont multipliés dans le réseau de la santé. Le secteur de la pharmacie n'a pas été épargné par cette évolution et est de plus en plus réglementé et normalisé. Ainsi, s'il faut attendre jusqu'à la fin des années 1960 avant que la pratique en pharmacie dans les établissements de santé ne soit réglementée par la législature provinciale, et en 1973 avant que la *Loi de pharmacie* ne s'y applique, il reste qu'une série de normes diffusées auparavant par les organismes d'agrément ou par les associations pharmaceutiques ont en quelque sorte favorisé l'organisation des services de pharmacie dans les hôpitaux québécois. Par ailleurs, au fur et à mesure que la pratique pharmaceutique se complexifie et que les secteurs d'intervention se diversifient, les pharmaciens sentent le besoin de se doter de normes pour encadrer leur pratique et assurer une prestation sécuritaire des services pharmaceutiques.

Si la présence des pharmaciens dans les hôpitaux devient obligatoire selon les lois, les règlements et les normes, les pharmaciens d'établissements de santé ont aussi milité pour que leur présence soit reconnue dans tous les secteurs où des médicaments sont utilisés,

notamment les CHSLD et les CLSC. Par ailleurs, diverses mesures sont préconisées pour s'assurer de la continuité de l'acte pharmaceutique dans les établissements de santé, comme l'instauration d'un système de garde. Au fil des ans, des guides de pratique sont publiés pour orienter les pharmaciens, et l'inspection professionnelle par l'OPQ est vue comme un moyen de s'assurer du respect des balises imposées.

Ce chapitre relate comment les services de pharmacie se sont constitués dans les hôpitaux et les établissements de santé grâce aux normes, lois et règlements. En outre, l'évolution du système de santé québécois a aussi eu un impact sur l'organisation des soins et services pharmaceutiques qui, dispensés d'abord en milieu hospitalier, sont appelés à devenir de plus en plus présents en milieu ambulatoire. Ce chapitre cherche donc à faire un survol des différents éléments qui ont favorisé le développement des services de pharmacie et leur organisation, que ce soit les différentes législations, les normes ou les différents guides de pratique.

DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE PHARMACIE

Depuis le milieu du XX^e siècle jusqu'à ce jour, les normes, les lois et les règlements ont façonné l'organisation des services de pharmacie dans les hôpitaux jusqu'à reconnaître le rôle clinique des pharmaciens.

Le service de pharmacie : une nécessité dans les hôpitaux (1950-1970)

Avant la mise en place du système de santé public au Québec, les établissements de santé sont libres de constituer les services et les départements selon leurs besoins et leurs désirs. Le processus d'agrément qui émerge à compter des années 1920 fait prendre conscience des éléments essentiels à tout hôpital « moderne ». C'est ainsi que les services de pharmacie se taillent une place dans l'organisation hospitalière. L'adoption de lois et de règlements régissant le réseau de santé public vient concrétiser le rôle essentiel des services de pharmacie dans les hôpitaux dans les années 1960 et 1970.

AGRÉMENT ET NORMES POUR LES SERVICES DE PHARMACIE

En l'absence de réglementation précise concernant la structure et le fonctionnement du service de pharmacie en hôpital jusqu'au milieu du XX^e siècle, les normes établies par les associations pharmaceutiques ou les organismes d'agrément constituent souvent un point de repère qu'utilisent administrateurs, gestionnaires et professionnels pour assurer une pratique conforme aux bonnes pratiques et donc, sécuritaire pour le patient.

Bien que le processus d'agrément s'implante à compter des années 1920 dans les hôpitaux du Québec, sous l'influence des organismes américains⁴, il s'amorce au Canada au début des années 1950 et se concrétise en 1958 avec la constitution du CCAH. Dans les années qui suivent, la SCPH se dote aussi de ses propres normes pour l'organisation des services de pharmacie. Ces normes, publiées en 1962, ont été conçues en utilisant l'Hôpital Notre-Dame de Montréal comme l'un des établissements modèles parce que « l'installation et le fonctionnement de la pharmacie sont considérés d'avant-garde⁵ ». Les « standards minimums recommandés pour la pharmacie hospitalière au Canada », publiés en 1962, précisent l'organisation du service de pharmacie (locaux, équipements, administration et personnel, emmagasinage, etc.) et se prononcent sur les fonctions et les responsabilités du pharmacien. Dans ces normes, la SCPH insiste sur la nécessité de confier la direction du service de pharmacie à un « pharmacien légalement qualifié avec spécialisation ultérieure en pharmacie hospitalière ».

LES PREMIÈRES NORMES POUR LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Dès la fin des années 1940, la pratique pharmaceutique subit de profonds changements aux États-Unis, et le Département de la santé publique octroie une subvention à l'ASHP, l'APhA et l'AHA pour réaliser une étude approfondie sur la pharmacie hospitalière. Amorcée en 1957, l'enquête se termine en 1964 avec la publication d'un rapport fondamental dans le développement des services pharmaceutiques hospitaliers pour les décennies à venir, le *Mirror to Hospital Pharmacy*², puisque les normes qui y sont édictées vont servir de guide aux administrations hospitalières pour l'organisation de services pharmaceutiques³. L'enquête révèle que la majorité des établissements de moins de 50 lits n'emploient pas de pharmacien et ont recours à un pharmacien communautaire ou assignent les tâches pharmaceutiques à d'autres catégories de personnel. De plus, seulement environ le quart des établissements de soins de longue durée emploient un pharmacien. Le rapport conclut à l'importance de créer des comités pour favoriser les échanges entre pharmaciens, médecins et infirmières et à la nécessité de former des groupes d'experts pour étudier et faire des recommandations à propos de l'aménagement, des équipements et de la dotation en personnel dans les services de pharmacie. En outre, le rapport vise à favoriser le développement professionnel des pharmaciens.

TABLEAU 37.

Extrait des standards minimums recommandés pour la pharmacie hospitalière au Canada selon la SCPH, août 1962.

Sections	Éléments
1. Pharmacie	1.1 « L'hôpital disposera d'un département de pharmacie convenablement organisé sous la direction d'un pharmacien légalement qualifié avec spécialisation ultérieure en pharmacie hospitalière. »
2. Définitions	2.1 « Pharmacie : département central où les médicaments sont centralisés puis distribués aux départements de l'hôpital et où les prescriptions sont remplies pour les patients. 2.2 Pharmacien : personne académiquement qualifiée et légalement enregistrée et qui pratique sa profession dans un hôpital. 2.3 Prescription : ordre donné à un pharmacien de préparer un médicament pour un patient déterminé ; cet ordre ayant été donné par un médecin dûment enregistré, dentiste ou autre personne légalement autorisée à écrire un tel ordre. »
3. Fonctions du pharmacien	3.1 « Préparation, distribution et contrôle de tout médicament et produit chimique destiné à des patients ou à d'autres départements de l'hôpital. 3.2 Préparation en grande quantité et préemballage de produits pharmaceutiques tel que déterminé par les politiques de l'hôpital.

Sections	Éléments
3. Fonctions du pharmacien (suite)	<p>3.3 Achat, comptabilité, emmagasinage, étiquetage, distribution et contrôle de tous les médicaments.</p> <p>3.4 Tenue à jour des archives sur les médicaments tel que requis par les lois fédérales et provinciales.</p> <p>3.5 Enseignement: le pharmacien d'hôpital participera à tout programme d'enseignement ou d'entraînement dans lequel il est nécessaire d'inclure une base pharmaceutique. Ces programmes d'éducation seront complétés par un bulletin ou par tout autre moyen de communication de façon à aviser les groupes professionnels des développements récents dans le domaine pharmaceutique.</p> <p>3.6 Centre d'information: la pharmacie doit fonctionner comme un centre d'information sur les médicaments et sur tout autre sujet se rapportant à la manipulation ou à l'administration des médicaments.</p> <p>3.7 Recherche: les recherches cliniques et essais cliniques d'une nouvelle médication seront menés en collaboration avec le département de pharmacie. Les programmes de recherche de nature tant pratique que scientifique devront être menés en accord avec les disciplines internes de l'hôpital.»</p>
4. Organisation et administration du personnel	<p>4.1 « La pharmacie d'hôpital sera placée sous la direction de l'autorité d'un pharmacien professionnellement compétent et légalement qualifié.</p> <p>4.2 Tout médicament déposé en d'autres endroits de l'hôpital demeurera sous surveillance du pharmacien.</p> <p>4.3 La pharmacie possédera un "Manuel de politiques et de procédures" traitant du programme administratif et professionnel. Les limites de l'autorité et des responsabilités y seront nettement définies.</p> <p>4.4 Un personnel adéquat et convenablement entraîné devra être disponible pour répondre au bon fonctionnement de la pharmacie.</p> <p>4.5 Les services pharmaceutiques seront accessibles aussi souvent que nécessaire et sans délai indu en gardant en vue les meilleurs soins au patient.</p> <p>4.6 Un pharmacien licencié sera en service en tout temps durant les heures d'ouverture de la pharmacie. Il est recommandé un pharmacien pour cent lits minimum, et autant de pharmaciens additionnels qu'il sera nécessaire pour accomplir le travail avec compétence et habileté professionnelle.</p> <p>4.7 Le Comité de pharmacie et de thérapeutique se réunira au moins deux fois l'an. Les membres de ce comité seront choisis dans les différentes sections du personnel médical. Le pharmacien en charge du département de la pharmacie sera un membre de ce comité et y servira de secrétaire. Il garde une copie des procès-verbaux et enverra des copies aux autorités dirigeantes de l'hôpital. Les objectifs du comité de pharmacie et de thérapeutique seront:</p> <ol style="list-style-type: none"> Servir comme groupe-conseil à la pharmacie d'hôpital sur les sujets se rapportant aux fournitures et aux distributions des médicaments. Faire les recommandations concernant les médicaments à garder dans les unités de nursing ou autres services. Prévenir toute duplication inutile dans les réserves d'une même drogue de base et des préparations en dérivant. Développer un formulaire de médicaments acceptés pour usage dans l'hôpital. Servir comme groupe-conseil au pharmacien d'hôpital sur tout sujet se rapportant à la discipline interne de la pharmacie et aux règlements pharmaceutiques. <p>4.8 Les politiques, règlements, lois et procédures de la pharmacie seront consignés par écrit. Ils seront établis en accord avec le comité de pharmacie et de thérapeutique.»</p>
5. Locaux et équipement	<p>5.1 « Une superficie satisfaisante pour les opérations pharmaceutiques et l'emmagasinage des médicaments doit être envisagée. Une superficie de mille pieds est recommandée pour les premiers cent lits, et de six à dix pieds carrés pour chaque lit additionnel.</p> <p>5.2 Tous les locaux devront être bien éclairés et adéquatement ventilés.</p> <p>5.3 Tout l'équipement essentiel pour la préparation magistrale ou en vrac et l'emmagasinage des produits pharmaceutiques devra être prévu. En prévision de l'expansion de l'étendue des services pharmaceutiques, l'équipement nécessaire devra pouvoir être procuré afin de mener à bonne fin les fonctions du département de pharmacie. Cet équipement essentiel pour tout département de pharmacie est déterminé comme suit:</p> <ol style="list-style-type: none"> Une source d'eau distillée Un autoclave ou d'autres moyens de stérilisation Un assortiment de verrerie de laboratoire Un système de filtration (asbestos, verre poreux ou fait de porcelaine non vitrifiée) Un choix de balances, incluant une balance de Classe A pour prescription Un réfrigérateur pour l'emmagasinage des produits thermolabiles Un endroit spécialement fermé pour l'emmagasinage des substances narcotiques Un endroit à l'abri du feu pour les substances inflammables Un équipement de chauffage (plaques chauffantes, brûleurs, etc.) Un équipement de bureau, incluant les machines à écrire, les filières, un calculateur et un système de contrôle de réserve (Kardex). <p>5.4 Des références sur toutes les activités pharmaceutiques seront disponibles dans une bibliothèque organisée à cette fin. Cette source d'information doit comprendre: 1) les précis officiels, 2) les livres de pharmacie, pharmacologie et toutes sciences relatives à la pratique de la pharmacie, 3) les journaux, 4) les index pharmaceutiques, 5) des littératures diverses. Toutes les références et autres renseignements doivent être tenus à jour.</p> <p>5.5 La pharmacie doit être gardée dans un ordre agréable et maintenue propre. Tout appareillage mécanique doit être gardé en bon état de fonctionnement.»</p>

Source: Archives personnelles de Yves Gariépy. *Standards minimums recommandés pour la pharmacie hospitalière au Canada*, août 1962.

Alors que la SCPH estime essentielle la présence de pharmaciens licenciés dans les hôpitaux, voire même de pharmaciens ayant complété une formation en pharmacie hospitalière, les normes publiées dans les années qui suivent par le CCAH se contentent d'exiger l'existence d'un service de pharmacie dans les hôpitaux tout en précisant que « l'hôpital doit avoir une pharmacie dirigée par un personnel compétent et en nombre suffisant pour répondre aux exigences des services cliniques⁶ ». En effet, le CCAH reconnaît que ce ne sont pas tous les établissements qui

ont besoin d'un pharmacien à temps complet dans leurs rangs et il accepte donc le recours aux pharmaciens consultants à temps partiel, ou encore, qu'une infirmière licenciée soit chargée de la surveillance des médicaments avec l'aide du comité de pharmacie et de thérapeutique. Malgré cela, les normes encouragent les pharmaciens d'hôpitaux à collaborer avec les équipes médicales et les autres professionnels du milieu pour assurer une prestation sécuritaire, ce qui laisse aussi présager une ouverture vers la pratique clinique des pharmaciens.

TABLEAU 38.

Extrait des normes recommandées pour la pharmacie hospitalière au Canada par le CCAH, 1967.

Sections	Éléments
1. Rôle du pharmacien d'hôpital	<p>a. « À cause de sa complexité, la spécificité et la puissance accrue des médicaments maintenant disponibles dans les hôpitaux, il est devenu plus urgent de s'assurer que tous les hôpitaux bénéficient des services professionnels d'un pharmacien. Celui-ci devrait être à temps complet là où la situation l'exige. Dans les hôpitaux où il est impossible ou non nécessaire d'avoir un pharmacien à temps complet, on devrait pouvoir bénéficier des services d'un pharmacien consultant ou à temps partiel, selon la disponibilité.</p> <p>b. En plus de sa fonction relative à la fabrication et la préparation des médicaments, le pharmacien doit collaborer avec le personnel médical de multiples façons parmi lesquelles il faut rappeler le service de renseignements en regard des médicaments, l'assistance apportée à déclarer les réactions anormales et le contrôle des ordonnances dans le but de prévenir toute incompatibilité médicamenteuse.</p> <p>c. Les services du pharmacien atteindront leur maximum d'efficacité là où existera une étroite relation administrative et éducative avec le département de nursing, le service alimentaire et les autres services hospitaliers intéressés; il faut favoriser ces relations.</p> <p>d. Le comité de pharmacie et de thérapeutique : un moyen idéal de liaison entre le pharmacien et le bureau médical. Ce comité devrait exister et fonctionner régulièrement.</p> <p>e. En l'absence d'un pharmacien diplômé à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Un pharmacien consultant devrait effectuer des visites à l'hôpital ii. Une infirmière licenciée devrait avoir la surveillance des médicaments et de la pharmacie iii. Le comité de pharmacie et de thérapeutique devrait collaborer avec l'infirmière responsable du service de pharmacie et lui procurer toute l'aide nécessaire. »
2. Entreposage	« On devrait entreposer les réserves de produits pharmaceutiques inflammables et explosifs hors des murs de l'édifice principal de l'hôpital. »

Source : Archives personnelles de Yves Gariépy. Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux. *Compendium des guides pour l'accréditation des hôpitaux. La pharmacie, 1967.*

LA LOI DES HÔPITAUX: PROJET DE NORMES ET RÈGLEMENTS RELATIFS AU SERVICE DE PHARMACIE

La mise en place de l'assurance hospitalisation en 1961, puis l'adoption de la *Loi des hôpitaux* l'année suivante, marque une volonté de la part du gouvernement québécois d'exercer un contrôle plus étroit sur l'organisation et l'administration des établissements du réseau hospitalier québécois⁷. Rapidement après l'adoption de la *Loi des hôpitaux*, le Service de l'assurance hospitalisation amorce ses travaux en vue d'élaborer des règlements qui y sont relatifs. Pour ce faire, divers intervenants du milieu hospitalier, dont les pharmaciens, sont sollicités pour proposer les normes relatives à leur

secteur. Ce travail s'échelonne sur plusieurs années et ce n'est qu'en 1969 que le gouvernement publie les règlements de la *Loi des hôpitaux*⁸.

Le Collège des pharmaciens est interpellé par le gouvernement pour élaborer les normes qui serviront à l'élaboration des règlements pour le service de pharmacie. Un comité consultatif formé du président du Collège des pharmaciens, d'un représentant du Service d'assurance hospitalisation et de pharmaciens d'hôpitaux se voit confier la mission de proposer un projet de normes au gouvernement⁹. Les travaux doivent porter sur la réglementation et l'organisation de la pharmacie d'hôpital et aborder les éléments relatifs à la structure du département, aux

aménagements et équipements, à la coordination avec les différents départements et services et aux normes minimales pour la pharmacie hospitalière. En parallèle, le Collège des pharmaciens forme aussi un comité des hôpitaux, indépendant du comité consultatif et qui, en s'attardant strictement au rôle professionnel du pharmacien d'hôpital, doit faire des recommandations touchant les normes professionnelles, les relations interdépartementales, le personnel pharmaceutique, et corriger les lacunes à la *Loi de pharmacie* par des règlements¹⁰.

Même si le comité consultatif du Service d'assurance hospitalisation dépose un premier rapport en novembre 1962, où il est recommandé de confier la direction du service de pharmacie à un pharmacien licencié, les dissensions entre pharmaciens d'hôpitaux, représentés par trois regroupements différents, retardent l'adoption du projet de normes. Pendant la période où se poursuivent les travaux, l'APHPQ présente tout de même ses recommandations au Service de l'assurance hospitalisation à deux reprises, en 1963 et 1965, où elle recommande d'embaucher des pharmaciens hospitaliers dans les services de pharmacie et de reconnaître le directeur du service comme responsable professionnel et administratif du service de pharmacie¹¹. En l'absence d'un consensus dans le milieu pharmaceutique, les seules balises adoptées officieusement par le ministère de la Santé pour régir l'organisation du service de pharmacie sont celles concernant les effectifs et selon lesquelles un hôpital doit comprendre un pharmacien par 100 lits et un pharmacien par 100 prescriptions servies par jour aux cliniques externes, en vigueur à partir de 1961¹². Comme aucune disposition législative n'oblige les hôpitaux à constituer un service de pharmacie, il est encore plus difficile de s'attendre à ce que cette norme soit respectée à travers la province.

Ce n'est qu'en 1969 que certaines des recommandations des pharmaciens d'hôpitaux sont retenues par le Service d'assurance hospitalisation dans les règlements de la *Loi des hôpitaux*. Ces règlements confirment la nécessité pour tout établissement de posséder un « service de pharmacie correspondant à ses besoins, sous la direction d'un pharmacien licencié inscrit au registre du Collège des pharmaciens de la province de Québec, ou à son défaut, un médecin nommé par le conseil d'administration sur la recommandation du comité exécutif¹³. » Selon le plan d'organisation des hôpitaux, le service de pharmacie doit se retrouver sous

direction médicale en compagnie d'autres services comme les archives médicales, les cliniques externes et l'urgence. Il est aussi prévu que les professionnels de la santé puissent faire partie du bureau médical, lequel se doit de former, par règlement interne, un comité de pharmacologie et de thérapeutique, comprenant le pharmacien en charge comme membre actif. La réglementation énumère par ailleurs les responsabilités dévolues au chef du service de pharmacie et reconnaît par le fait même la portée surtout administrative du rôle. Le chef du service doit voir à l'administration de la pharmacie, à la préparation et à la livraison des ordonnances, à la rédaction des réquisitions de médicaments selon les procédures d'achats acceptées par l'hôpital et au classement et contrôle des drogues et narcotiques¹⁴.

Extrait du contrat d'embauche de M. Yves Gariépy à titre de chef du Service de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Anne de Baie-St-Paul en 1966

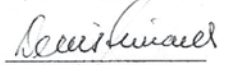
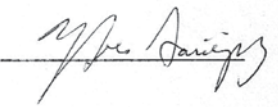
CONTRAT

entre "L'Hôpital Sainte-Anne, Baie-Saint-Paul"
ci-après appelé "l'Hôpital"

et Monsieur Yves Gariépy, Québec
ci-après appelé "l'Employé"

- 1.- L'Hôpital, par les présentes, engage le soussigné, qui devra fournir à l'Hôpital, ses services à titre de pharmacien en chef et sera responsable de l'organisation et de l'administration de la pharmacie, sous la direction de la Directrice Générale Adjointe.
- 2.- Le présent contrat est fait moyennant un salaire annuel de \$10,500,00 (dix mille cinq cents dollars) payable à toutes les deux semaines, pour la première année, et de \$11,000,00 minimum pour la deuxième année.
- 3.- Toutes les autres conditions de travail sont contenues aux annexes "A" et "B" jointes aux présentes et qui en font partie intégrante.
- 4.- Le présent contrat entre en vigueur le 1er mai 1966 et est renouvelable d'année en année, à moins que l'une ou l'autre des parties décide d'y mettre fin ou signifie son intention d'en renégocier une ou plusieurs clauses, sur un avis préalable de trois (3) mois, dans l'un ou l'autre cas.

Fait et signé à Baie-Saint-Paul, ce _____ jour de mars 1966.

Hôpital Sainte-Anne per



Source : Archives personnelles de Yves Gariépy

DES NORMES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

La Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (Commission Bédard), formée pour analyser les modes de traitement et les conditions de vie dans les asiles de la province, recommande dans son rapport publié en 1962, la formation d'une division des services psychiatriques au sein du ministère de la Santé du Québec responsable de mettre en œuvre les recommandations de la Commission Bédard¹⁵. Ainsi, les hôpitaux psychiatriques constituent un ensemble distinct des hôpitaux généraux et des centres d'accueil dans le réseau hospitalier. La commission recommande par ailleurs que soient regroupés les dirigeants des hôpitaux psychiatriques afin que des actions concertées soient mises en place pour améliorer la qualité des soins dispensés dans ce secteur. L'Assemblée des directeurs généraux des hôpitaux psychiatriques, ou Conférence des hôpitaux psychiatriques, est donc formée en 1962. En 1968, ce regroupement demande aux chefs des services de pharmacie des hôpitaux membres du regroupement « d'établir des moyens de communication dans le but d'uniformiser les procédures de pharmacie, d'élaborer un formulaire et d'échanger des informations sur la recherche¹⁶ ». Le Comité consultatif sur la pharmacie hospitalière en milieu psychiatrique (CCPHMP) est donc formé en janvier 1968 pour élaborer des normes pour les pharmacies dans les hôpitaux psychiatriques. Une dizaine de pharmaciens d'hôpitaux psychiatriques mettent alors en commun leur expertise afin d'élaborer ces normes qui ont pour but de normaliser les pratiques dans le secteur à des fins de comparaison¹⁷. Les travaux du groupe mènent à l'adoption d'une série de normes couvrant divers aspects de la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier¹⁸. Le CCPHMP produit aussi une série de guides pour aider les pharmaciens œuvrant dans les hôpitaux psychiatriques à se conformer à ces normes. Parmi ceux-ci, notons les guides de préparation du budget annuel du département de pharmacie, d'application d'un système de formulaire pharmaceutique, de préparation d'un rapport mensuel d'utilisation des médicaments et de préparation d'un rapport annuel du département de pharmacie. Des règles sont aussi établies pour rédiger une politique et des procédures régissant les rapports entre les fabricants de produits pharmaceutiques et les hôpitaux psychiatriques, et des politiques et procédures concernant la disponibilité et le rappel en

service. Les travaux du comité ont un impact au-delà du secteur psychiatrique puisque les membres du regroupement ont communiqué l'information à leurs collègues par des conférences et des publications diverses¹⁹. Ainsi, le CCPHMP a été précurseur pour normaliser les processus dans son secteur²⁰.

L'abolition de la Division des services psychiatriques en 1972, la mise en place d'une nouvelle loi dans le domaine de la santé et la reconversion des hôpitaux psychiatriques en centres hospitaliers remettent en question l'existence du CCPHMP au début de la décennie 1970. Les relations entre le CCPHMP et la Conférence des hôpitaux psychiatriques s'enveniment au fil des ans, et de nombreux pharmaciens quittent le regroupement dont le mandat s'est concentré sur le développement professionnel des membres²¹. Le CCPHMP est finalement intégré à la structure des SPOC créée par l'A.P.E.S. en 1984.

Du service au département clinique (1970-1992)

La LSSSS, qui entre en vigueur en 1973, oblige dorénavant chaque centre hospitalier à se doter d'un service de pharmacie relevant d'une direction nouvellement créée, la direction des services hospitaliers (DSH). Les pharmaciens d'établissements de santé, qui réclamaient depuis la fin des années 1960 d'être rattachés à la direction médicale, jugent cette situation aberrante et vont exiger, pendant près d'une décennie, que le lien structurel entre pharmacien et direction médicale soit rétabli, puisque l'acte pharmaceutique est la suite logique de l'acte médical. Après l'adoption en 1981 du projet de loi 27, la loi modifiant la LSSSS, qui fait du service de pharmacie un département rattaché à la direction des services professionnels (DSP), il faut attendre jusqu'au début des années 1990 pour que le projet de loi 120 ne vienne confirmer le caractère clinique des services de pharmacie, redéfinis comme département clinique à part entière.

LA LSSSS ET LE SERVICE DE PHARMACIE

Avec l'entrée en vigueur de la LSSSS en 1973, le gouvernement confie deux responsabilités majeures aux pharmaciens, soit celles de la préparation des ordonnances et de la distribution des médicaments ainsi que du contrôle clinique de la médication. Malgré cette reconnaissance

du rôle du pharmacien en établissement de santé, le règlement d'application de la LSSSS, en modifiant l'organigramme hospitalier, vient poser des limites à l'accomplissement par les pharmaciens du rôle qui leur est confié par la loi. Alors que, traditionnellement, et tel que recommandé par les divers organismes d'agrément, les services de pharmacie étaient rattachés à la direction médicale, le nouvel organigramme résultant de la refonte du système de santé place le service de pharmacie sous la responsabilité d'une direction nouvellement créée, la Direction des services hospitaliers (DSH). En agissant ainsi, le gouvernement fait abstraction des demandes répétées des pharmaciens depuis le milieu des années 1960 voulant qu'en raison de ses liens professionnels étroits avec le médecin, le pharmacien relève de la DSP et fasse partie du conseil des médecins et dentistes (CMD)²².

Le règlement d'application de la LSSSS oblige par ailleurs tous les hôpitaux à se doter d'un service de pharmacie. Il y est aussi spécifié que le chef de ce service doit être un membre du Collège des pharmaciens de la province, mais que le conseil d'administration de l'établissement peut, dans des circonstances particulières, nommer à ce poste un médecin ayant obtenu une autorisation spéciale du Collège des pharmaciens. La responsabilité de la préparation et de la distribution des ordonnances, ainsi que du contrôle de l'utilisation de tous les médicaments, de la sélection des médicaments et de la préparation, après consultation du comité de pharmacologie et du formulaire de l'établissement incombent au chef du service de pharmacie²³. La portée de ce règlement est renforcée par l'adoption d'une nouvelle *Loi sur la pharmacie* en 1973. L'article 18 de la *Loi sur la pharmacie*, en spécifiant que « rien dans la présente loi n'interdit l'achat, la préparation, la vente ou la fourniture de médicaments par une personne habilitée à le faire en vertu d'une loi » et que « rien n'interdit non plus l'achat et la préparation de médicaments par un établissement, ni la vente ou la fourniture par lui de médicaments aux personnes qui y sont admises ou inscrites, pourvu qu'il y ait un pharmacien ou un médecin attaché à cet établissement²⁴ », représente cependant une brèche dans la loi qui permet aux établissements de santé de se priver des pharmaciens. Ainsi, la refonte de la *Loi sur la pharmacie* fait en sorte que les pouvoirs confiés à l'inspection professionnelle de même qu'au syndicat s'appliquent aux pharmaciens en exercice et non aux établissements de santé.

DES NORMES GOUVERNEMENTALES

L'élaboration de normes pour le service de pharmacie est un objectif du gouvernement depuis le début des années 1960. Pour ce faire, les pharmaciens d'hôpitaux ont été sollicités, comme il a été vu précédemment, et ont tenté à quelques reprises d'élaborer des normes pour le secteur. Après quelques tentatives au début des années 1960, la SPPH reprend, en 1969, les travaux qui avaient été entrepris et forme un comité des normes²⁵. Ce projet d'élaboration de normes survient dans le contexte de restructuration du réseau de la santé et vise à élaborer des normes de base afin d'uniformiser les pratiques dans les services de pharmacie des hôpitaux de la province en abordant différents aspects touchant à la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier, dont le personnel professionnel et auxiliaire, le matériel, les locaux, etc.²⁶.

Après avoir fonctionné de façon intermittente pendant quelques années et avoir produit peu de résultats concrets, le comité est dissous par la SPPH en 1972, soit après que deux de ses membres, Roger Leblanc, chef du Service de pharmacie de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, et Denys Benoit, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital d'Alma, aient été sollicités par le directeur de l'agrément des établissements de santé pour faire partie d'un comité gouvernemental mandaté d'élaborer des normes pour le service de pharmacie. Les travaux de ce comité gouvernemental mènent finalement à la publication de normes par le MAS en janvier 1974. Ces normes confirment que « tout centre hospitalier qui compte 25 lits ou plus doit avoir un Service de pharmacie correspondant à ses besoins ou avoir un contrat de service avec un autre établissement qui dispose d'un tel service²⁷ ».

Les normes du MAS sont réévaluées périodiquement afin de refléter l'évolution du rôle et des fonctions du pharmacien en établissement de santé. Une mise à jour des normes est amorcée à la fin des années 1970 pour mieux les adapter à l'ensemble des fonctions du pharmacien qui peut participer à l'enseignement, œuvrer en centre d'information ou avoir un rôle plus clinique. L'A.P.E.S. considère ce projet de révision des normes comme une occasion inestimable de développer la pratique pharmaceutique clinique dans les hôpitaux de la province. Elle suggère entre autres d'intégrer aux normes l'obligation pour tout centre hospitalier de fournir des services pharmaceutiques

aux bénéficiaires admis ou inscrits dans l'établissement, d'accroître les responsabilités du chef de département qui serait notamment responsable d'organiser un programme de pharmacie clinique, incluant la constitution d'un dossier pharmacologique, l'analyse du profil de consommation de médicaments et l'organisation d'un centre d'information sur les médicaments²⁸.

Le projet de révision des normes ne se concrétisera finalement jamais. En effet, le MAS abolit les normes sur les services pharmaceutiques en centre hospitalier en 1984, considérant peut-être que le cadre normatif découle de l'exercice professionnel et de l'encadrement législatif offert par l'ordre professionnel, ainsi que du soutien des associations professionnelles comme l'A.P.E.S.

En 1977, le gouvernement met sur pied un comité consultatif sur la pharmacie et le médicament, à la suggestion de Maurice Martel, adjoint parlementaire aux Affaires sociales, avec l'accord de Denis Lazure, ministre des Affaires sociales. Le comité a pour mandat d'analyser les problèmes reliés à la pratique de la pharmacie pour faire les recommandations pertinentes et fournir des avis sur les politiques gouvernementales dans le domaine de la pharmacie²⁹.

DU SERVICE AU DÉPARTEMENT: LA PHARMACIE PREND LA PLACE QUI LUI REVIENT

Les pharmaciens d'établissements constatent rapidement que les nouvelles dispositions législatives sont inappropriées puisque, à plusieurs reprises, des directeurs de services professionnels ont dû intervenir dans des situations impliquant des pharmaciens. Lorsque le MAS prévoit une révision du Règlement d'application de la LSSSS en 1976, l'A.P.E.S. profite de l'occasion pour revendiquer la réhabilitation du service de pharmacie sous direction médicale puisque, autant du point de vue professionnel, scientifique, qu'administratif, les pharmaciens sont étroitement liés aux médecins et, de surcroît, l'acte pharmaceutique constitue la suite naturelle de l'acte médical dans la plupart des situations.

Au début des années 1980, le gouvernement entreprend une révision de la LSSSS (projet de loi 27). À cette occasion, divers organismes du réseau de la santé sont invités à faire part de leurs revendications devant la Commission permanente des Affaires sociales. L'A.P.E.S. profite de l'occasion

pour faire valoir comment l'évolution de la pratique pharmaceutique justifie la modification de la place du service de pharmacie dans la structure hospitalière. Selon l'A.P.E.S., ce rôle tend de plus en plus « vers une collaboration clinique au soin du malade, favorisant ainsi un rapprochement médecin-pharmacien. Ce phénomène engagé depuis des années est irréversible. [De plus,] la spécificité de l'apport du pharmacien au soin du malade dans le contexte de la pharmacie clinique devrait se refléter dans la structure organisationnelle de l'établissement de santé. Telle n'est pas actuellement la situation³⁰ ». En effet, l'A.P.E.S. considère illogique que le chef du service de pharmacie fasse partie du comité de pharmacologie, un comité relevant du CMD, sans que le service de pharmacie soit un service clinique et que les pharmaciens soient intégrés au CMD. « Il s'agit là d'une solution boiteuse, qui ne tient pas compte de l'ensemble de l'apport du pharmacien au soin du malade et du rapprochement qui s'est dessiné entre le médecin et le pharmacien au cours des dix dernières années³¹ ».

L'A.P.E.S. fait aussi valoir que l'intégration des pharmaciens au CMD présente des avantages économiques importants pour le réseau de la santé, ne serait-ce que par l'impact positif des échanges accrus entre médecins et pharmaciens sur l'utilisation et la consommation de médicaments :

Comme la suite logique de l'acte médical est très souvent l'acte pharmaceutique, c'est donc en travaillant de concert que les médecins et pharmaciens peuvent assurer à leurs patients une thérapie adéquate et une qualité supérieure de soins [et] c'est au niveau du CMD que le pharmacien peut discuter, avec tous les chefs de départements cliniques, de problèmes reliés à l'utilisation des médicaments et intervenir de façon valable et significative. C'est à ce niveau que le pharmacien peut réaliser entre autres l'équilibre coût-qualité tant recherché³².

L'A.P.E.S. réclame donc que le service de pharmacie obtienne le statut de département clinique rattaché à la DSP et que les pharmaciens deviennent membres du CMD. Ces demandes reçoivent aussi l'appui de l'OPQ qui considère que « si le chef du département de pharmacie doit également contrôler l'utilisation de budgets très importants dans de nombreux hôpitaux, il devrait pouvoir compter sur des moyens accrus prévus dans la structure organisationnelle d'un département clinique³³ ».

Sanctionnée en décembre 1981, la *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* (Loi 27) oblige les centres hospitaliers à prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques dans leur plan d'organisation, en plus de décrire les fonctions des chefs de département clinique. Ces derniers deviennent responsables de la gestion et de l'utilisation des ressources de l'établissement par les médecins et dentistes et doivent surveiller la pratique de la médecine dans leur secteur³⁴. C'est par ailleurs en vertu d'un décret gouvernemental en vigueur dès le 22 mars 1982 que les pharmaciens sont officiellement admissibles au CMD de leur établissement bien que dans certains établissements, il faudra attendre l'adoption du règlement d'organisation et d'administration des établissements de santé en 1984 avant que les pharmaciens n'y soient admis³⁵. La loi 27 précise donc le rôle du pharmacien et confirme sa juridiction sur le contrôle de la médication.

L'adoption de la loi 27 marque un premier pas vers l'intégration des pharmaciens à la structure clinique des centres hospitaliers et répond à plusieurs demandes exprimées par les pharmaciens d'hôpitaux. Mais c'est plutôt avec l'entrée en vigueur des règlements d'organisation et d'administration des établissements de santé en 1984 que le rôle du pharmacien se précise et que sa juridiction sur le contrôle de la médication est confirmée. Le rattachement à la DSP est assuré, et le service de pharmacie devient un département, sans reconnaissance de sa dimension clinique, cependant.

L'intégration au CMD, renommé Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), marque un changement important en ce qui a trait à l'engagement des pharmaciens et du chef du département. Désormais, il ne suffit plus de satisfaire les formalités d'embauche auprès de la direction des ressources humaines d'un établissement de santé pour être embauché. L'article 129 de la LSSSS stipule que l'embauche du pharmacien par un centre hospitalier doit avoir été recommandée par le CMDP, qui détermine le statut à lui donner, soit membre actif, associé, conseil, ou honoraire. L'article 85 du règlement précise que le pharmacien doit d'abord obtenir sa nomination au CMDP et un statut au sein de celui-ci avant d'être embauché par le conseil d'administration de l'établissement. Ainsi, le pharmacien désirant être embauché dans un centre hospitalier doit d'abord faire parvenir un

formulaire de demande de nomination au directeur général de l'établissement. Cette demande est ensuite évaluée par le comité d'examen des titres du CMDP qui fait un rapport dans les 30 jours suivant la réception de la demande par le directeur général. Le CMDP adresse ensuite sa recommandation au directeur général pour la nomination du pharmacien, qui doit être entérinée par le conseil d'administration de l'établissement³⁶.

En outre, le processus de nomination du chef de département de pharmacie devient identique à celui des chefs de département clinique de médecine : il est nommé pour un mandat renouvelable de quatre ans après consultation des pharmaciens du département, du directeur des services professionnels, du CMDP et de l'université si l'établissement y est affilié. Cette façon de procéder marque une rupture avec la procédure traditionnelle selon laquelle le chef du service de pharmacie était nommé à vie et illustre un changement de mentalité au sein du secteur pharmaceutique. En se collant au processus médical, les changements réglementaires ont pour effet de « décadrer » les chefs de département de pharmacie, ce qui ne se fait pas sans contestation et inquiétude. Certains pensent que le décadage peut introduire une rotation des chefs et une évolution de la pratique, alors que d'autres pensent que le décadage est une menace à la continuité et peut entretenir l'insécurité des chefs.

En vertu de ces dispositions, on présume que le chef du département doit continuer à pratiquer la pharmacie, sachant que la réévaluation périodique de la chefferie repose sur un maintien de la compétence et de la pratique courante, comme en médecine. Le chef du département de pharmacie doit s'assurer de la gouverne du département et il se fait le représentant de son équipe³⁷. Il doit gérer les ressources de son secteur, ce qui signifie qu'au département de pharmacie, il a la responsabilité de la sélection des médicaments après consultation du comité de pharmacologie. Il peut aussi élaborer les règles d'utilisation d'un médicament après approbation par le CMDP. Une nouvelle fonction est aussi dévolue au comité de pharmacologie. Les pharmaciens se doivent d'« apprécier les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments par des études rétrospectives de dossiers de bénéficiaires et par des vérifications de l'utilisation des médicaments. En outre, le chef de département doit aussi s'assurer de l'évaluation de l'acte pharmaceutique. »

Le règlement d'organisation et d'administration des établissements de santé reconnaît aussi pour la première fois le diplôme ou certificat en pharmacie d'hôpital en précisant que le « département de pharmacie est dirigé par un pharmacien titulaire d'un diplôme ou d'un certificat en pharmacie d'hôpital, ou possédant une expérience équivalent à un tel diplôme ou certificat³⁸ ». Il mentionne aussi que tout dossier d'un centre hospitalier, d'un CLSC ou d'un centre d'accueil peut comprendre les notes d'évolution rédigées par le pharmacien.

Dès 1983, l'A.P.E.S. constate que l'intégration des pharmaciens au CMDP a été bénéfique pour les pharmaciens qui ont vu les communications et les relations avec les médecins s'accroître, en plus de faire partie d'un plus grand nombre de comités du CMDP³⁹. Cependant, malgré les modifications législatives et réglementaires apportées à la structure du département de pharmacie, il reste que leur application dans les établissements de santé rencontre certains obstacles. L'A.P.E.S. souligne, en 1983, que l'intégration des pharmaciens au CMDP :

avait pour effet de briser une tradition bien ancrée à l'effet que le conseil des médecins et dentistes est composé exclusivement de professionnels qui ne sont pas des salariés de l'établissement, à savoir les médecins et dentistes. On peut immédiatement comprendre, sans pour autant les partager, les réticences qui peuvent encore aujourd'hui être véhiculées par certains organismes ; ceux-ci d'une part, face à l'évolution de la pratique pharmaceutique, reconnaissent l'importance d'intégrer le pharmacien au conseil des médecins et dentistes, mais d'autre part, face à leur attachement à la tradition, refusent de reconnaître la conséquence la plus élémentaire de cette modification intervenue à la loi : à savoir que le législateur a voulu qu'un salarié, le pharmacien soit membre du conseil des médecins et dentistes ; car au fond, c'est cela même qu'ils refusent d'admettre⁴⁰.

Un sondage mené par l'A.P.E.S. en 1987 révèle que l'implantation des structures prévues ne s'est pas faite sans résistance dans le réseau de la santé. Sur les 160 établissements interrogés, près de 120 ont constitué un département de pharmacie et un peu plus d'une centaine se retrouvent sous l'autorité de la DSP. Au moment du sondage, certains établissements mentionnent que le processus de transformation est en cours. Dans un autre

cas, le département de pharmacie est reconnu par le CMDP, mais non par le conseil d'administration. Plusieurs ont aussi répondu qu'ils se retrouvaient sous direction bicéphale, ou sous l'autorité de la direction générale ou de la DSH, faisant état probablement d'une transition au sein de l'établissement. La procédure de nomination du chef de département semble toutefois entraîner le plus de remous dans les départements de pharmacie : 32 établissements n'ont toujours pas enclenché des procédures de nomination en 1987, et sept établissements signalent des accrocs lors du processus. À certains endroits, le chef a été nommé sans consultation des pharmaciens ou est nommé pour une période de quatre ans sans se voir attribuer le titre de chef de département. Le sondage signale aussi que la nomination du chef de département engendre l'insatisfaction face au choix du candidat, notamment dans les régions des Cantons-de-l'Est et de la Montérégie⁴¹.

Rapidement après l'intégration des pharmaciens au sein des CMDP, certains d'entre eux sont élus à l'exécutif du CMDP de leur établissement, ce qui témoigne indéniablement de l'esprit de commandement déjà acquis par les pharmaciens et du respect que leur témoignent les médecins. Parmi ces pionniers, notons, entre autres, Germain Legault, à titre de président du CMDP de l'Hôpital de Val-d'Or (1985), Christian Châteauneuf, membre de l'exécutif du CMDP de l'Hôpital général de Québec (1988), Pauline Ruel, conseillère à l'exécutif du CMDP du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (1988-89), Louise Sévigny, conseillère à l'exécutif du CMDP du Centre régional de Beauce (1988-89) et Rita Lemire-Poulin, présidente du CMDP du Centre hospitalier d'Argenteuil (1993).

LA LOI 120 ET LE DÉPARTEMENT CLINIQUE DE PHARMACIE

En 1985, le gouvernement québécois met sur pied une commission d'enquête, la Commission Rochon, pour analyser le fonctionnement, le financement et le développement du système de santé. Après le dépôt du rapport de la commission en 1988, les ministres Thérèse Lavoie-Roux et Marc-Yvan Côté publient chacun un document d'orientation, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, et un livre blanc, *Une réforme axée sur le citoyen*, en 1989 et 1990, énonçant les orientations futures du système de santé. La réforme entreprise au milieu des années 1980 se conclut avec l'adoption du projet de loi 120 en 1991 dans lequel une plus grande place est

donnée à l'usager et où les régies régionales viennent remplacer les conseils régionaux. Cette réforme visait à offrir des services plus accessibles en assurant une meilleure répartition des effectifs et des services sur le territoire.

Les modifications à la LSSSS qui prévoient une organisation des services et des effectifs médicaux sur une base régionale, ainsi que la création de régies régionales, laissent présager que les services pharmaceutiques seront mieux adaptés aux besoins de la population. Dans les travaux menant à l'adoption du projet de loi, les pharmaciens expriment leur désir de voir les plans d'effectifs médicaux s'adresser aussi aux pharmaciens pour ainsi pallier quelque peu la pénurie de pharmaciens dans les régions éloignées. Les pharmaciens souhaitent aussi que les services pharmaceutiques puissent s'organiser sur une base régionale pour élaborer une stratégie permettant d'offrir des services pharmaceutiques complémentaires et ainsi diminuer la consommation de médicaments. Beaucoup d'établissements n'offrant toujours pas de service de garde et n'assurant pas les services pharmaceutiques sur une période de 24 heures pourraient ainsi combler cette lacune⁴². Selon les pharmaciens d'établissements de santé, « l'inclusion du pharmacien au sein de l'élaboration des plans d'effectifs médicaux, dentaires et pharmaceutiques inciterait les régies régionales et les établissements à planifier leurs besoins en services pharmaceutiques, à mettre en place les activités préventives que le ministre mentionne dans la réforme et à favoriser la complémentarité des établissements à ce chapitre⁴³ ». Les pharmaciens n'ont pas eu gain de cause et n'ont pas été intégrés aux plans d'effectifs. De la même façon, leur demande d'octroi de privilèges par le CMDP a été refusée par le ministre.

L'adoption du projet de loi 120 a des répercussions sur les services pharmaceutiques dans la mesure où l'application de la loi a entraîné la réorganisation et la fusion de certains établissements et donc, le déplacement d'effectifs pharmaceutiques. « Par ailleurs, à bon droit, certains pharmaciens-chefs ont soulevé diverses interrogations et ont manifesté une certaine inquiétude quant à l'article 189 qui prévoit une double responsabilité pour le chef du département clinique de pharmacie : exercer un contrôle des budgets et assurer le développement professionnel⁴⁴ ».

En adoptant le projet de loi, le gouvernement reconnaît l'importance de l'aspect clinique de la pharmacie et fait des départements de pharmacie, des départements cliniques. L'orientation de la réforme des services de santé, qui se veut axée sur le patient, a un impact certain sur l'organisation des services au sein même des départements de pharmacie. La reconnaissance légale du caractère clinique de la pharmacie combinée à l'émergence des soins pharmaceutiques signifie que des changements importants doivent être apportés aux activités pour refléter l'évolution de la pratique. Selon Robert Létourneau, chef du Département de pharmacie de l'Hôpital Saint-Luc, « il faut s'efforcer de sortir du carcan traditionnel dans lequel l'organisation des services pharmaceutiques était tributaire des modes de distribution⁴⁵ ».

L'AGRÈMENT AU CANADA

En 1977, le CCAH présente un cadre normatif dans lequel sont incluses des normes relatives à la pratique pharmaceutique. En plus de détenir obligatoirement un diplôme d'une faculté de pharmacie ayant une formation orientée vers la pharmacie hospitalière, le chef du service doit aussi être « assisté par des pharmaciens qualifiés et un personnel auxiliaire adéquat ». S'il est impossible de confier la direction du service de pharmacie à un pharmacien qualifié, le CCAH suggère que le poste soit confié à un médecin faisant partie du CMD qui gère en consultant l'administration et un pharmacien « légalement et professionnellement qualifié⁴⁶ ».

En 1983, le CCAH approuve une norme sur les services pharmaceutiques. Il y est dit, entre autres, que « des services pharmaceutiques, administrés conformément aux pratiques déontologiques et professionnelles acceptées et à toutes les lois pertinentes, doivent être disponibles régulièrement et commodément situés, afin de répondre aux besoins des patients ». Encore à ce moment, l'organisme accepte que des établissements aient recours « aux services d'un autre établissement de soins de santé ou d'une pharmacie communautaire ou régionale » ou que la direction du service soit confiée à une autre personne que le pharmacien, sous la surveillance d'un médecin membre du CMD, mais à ce moment, un pharmacien doit demeurer disponible pour des consultations régulières. Par ailleurs, lorsque le service de pharmacie est dirigé par un pharmacien, ce dernier « devrait bien

connaître les fonctions spécialisées des pharmacies hospitalières, ou avoir terminé un programme autorisé de résidence en pharmacie hospitalière⁴⁷. »

Au fil des ans, les processus d'agrément évoluent, et au lieu de mettre l'accent sur l'organisation structurelle des établissements, ils évaluent de plus en plus sur les performances de l'établissement. Le CCAH, devenu le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) en 1995, revoit son approche à ce moment et présente un cadre normatif centré davantage sur les indicateurs de résultats et les patients plutôt que sur les structures⁴⁸. La norme spécifique à la pharmacie fait place à des critères reliés au bon usage du médicament ainsi qu'à la multidisciplinarité, tous évalués grâce à des normes spécifiques à des clientèles ambulatoires et hospitalisées. La visite d'agrément accorde moins d'importance à l'évaluation de la pratique pharmaceutique, de l'organisation de son département, de l'application de ses politiques et procédures, mais davantage à ce qui se vit et s'observe dans les cliniques externes et les unités de soins.

En 2008, le CCASS devient Agrément Canada. L'organisme, qui évalue aussi les hôpitaux psychiatriques depuis 1964, les CHSLD depuis 1978 et les centres de réadaptation depuis 1985, a étendu son influence dans le réseau de la santé. Alors que 350 hôpitaux sont agréés en 1960, le nombre passe à 850 à la fin des années 1980, puis à près de 1300 en 2008⁴⁹. À ce moment, l'organisme renouvelle son approche d'évaluation en introduisant le programme Qmentum fondé sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients. Une nouvelle norme sur la gestion des médicaments est adoptée. Rédigée après consultation notamment de la SCPH et de l'Institute for safe medication practice en tenant compte des critères du *Medication Safety Self-Assessment tool*, cette norme porte principalement sur le circuit du médicament au sein de tout l'établissement. En 2010, le programme Qmentum comporte 48 normes, dont quatre ont une portée organisationnelle (incluant celle sur la gestion des médicaments). La norme sur la gestion des médicaments comporte sept sous-sections et 22 thèmes regroupant 143 critères de conformité. De plus, le cadre normatif proposé comporte 35 pratiques organisationnelles requises dont certaines ont un impact direct sur le circuit du médicament (p. ex. : bilan comparatif des médicaments à l'admission, bilan comparatif des médicaments au

moment de l'acheminement et des transferts, analyse prospective liée à la sécurité des patients au cours de l'année et mise en œuvre des améliorations et changements appropriés, utilisation d'au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure, établissement et mise en œuvre d'une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme, évaluation et limitation de la disponibilité des produits à l'héparine et des produits narcotiques (opioïdes) et retrait des formats à dose élevée)⁵⁰.

L'AGRÉMENT AU QUÉBEC

Au Québec, le rôle et la place du CCAH dans le réseau de la santé soulèvent des questionnements dès le milieu des années 1970. La question a fait « l'objet d'études tant au plan des mécanismes d'évaluation et d'agrément existant dans la province qu'au plan des dispositions législatives actuelles touchant certaines responsabilités et prérogatives de la Corporation professionnelle des médecins⁵¹ ». Étant donné que l'évaluation des établissements au Québec se fait déjà par le Collège des médecins, et que le MAS dispose d'un système d'agrément, il est décidé, en 1978, d'interdire les visites d'agrément du CCAH dans les établissements de soins prolongés et les centres d'accueil. Les centres hospitaliers de soins aigus et de courte durée sont cependant toujours autorisés à recourir au CCAH pour leur agrément.

En 1995, le Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux voit le jour. Ce conseil est responsable de l'agrément des CLSC et des CHSLD, mais aussi des centres hospitaliers qui en font la demande.

En 2002, la LSSSS est amendée, et l'article 17 de cette loi stipule que « tout établissement doit solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus⁵². » Les établissements disposent de trois ans à compter du 19 décembre 2002, pour procéder. Ainsi, à compter de 2005, l'agrément des établissements de santé du Québec devient obligatoire sans pour autant être financé.

LES NORMES DE LA SCPH

Aux normes d'Agrément Canada, relativement minimales en ce qui concerne la structure du département

de pharmacie, s'ajoutent différents documents élaborés par la SCPH au fil des ans. À l'image de son homologue américain, l'ASHP, la SCPH développe une nomenclature de documents, soit des documents d'information, des énoncés, des lignes directrices, des normes et d'autres documents.

À la fin de 2010, on note les documents suivants qui donnent un portrait de l'encadrement proposé par la SCPH pour la pratique hospitalière. À noter la date d'adoption et de publication de chacun des documents, de 1995 à ce jour.

TABLEAU 39.
Documents publiés par la SCPH sur la pratique hospitalière entre 1992 et 2010

Année de publication	Titre
Documents	
1994	Document d'information sur l'évolution de la pharmacie : de la surveillance pharmacothérapeutique aux soins pharmaceutiques
1996	Document d'information sur la documentation des soins pharmaceutiques dans le dossier médical du patient
1996	Document d'information sur les soins pharmaceutiques : la responsabilité des résultats
1997	Document d'information sur l'optimisation de l'utilisation de ressources limitées dans la prestation des soins pharmaceutiques
1997	Où en êtes-vous avec les soins pharmaceutiques ?
1999	Document d'information sur le rôle du pharmacien en matière de médecine douce parallèle
2001	Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques
2001	Document d'information sur le rôle de l'assistant technique en pharmacie
2004	Document d'information sur les soins pharmaceutiques
2009	Le pharmacien prescripteur
2009	Programme de doctorat professionnel en pharmacie comme niveau d'entrée à la profession au Canada : Document d'information sur ses répercussions potentielles sur les services de pharmacie
Énoncés	
1995	Énoncé sur le format, la couleur et la forme des produits pharmaceutiques
1995	Énoncé sur la recherche en pharmacie dans les établissements de santé
1998	Énoncé sur le rôle du pharmacien en matière de soins à domicile
2001	Énoncé sur les pratiques respectueuses de l'environnement dans les pharmacies d'hôpital
2001	Énoncé sur le rôle de l'assistant technique en pharmacie
2001	Énoncé sur les soins pharmaceutiques
2001	Énoncé sur la surveillance de la pharmacothérapie chez les personnes âgées
2004	Énoncé sur la continuité des soins
2004	Énoncé sur le maintien de la compétence des pharmaciens d'hôpitaux
2004	Énoncé sur les services de pharmacie en établissement de santé
2006	Énoncé sur le rôle du pharmacien à la direction des services de pharmacie d'un hôpital

Année de publication	Titre
2008	Distribution des médicaments : énoncé sur les produits unidoses et les additifs intraveineux
2009	Bilan comparatif du médicament : énoncé sur le rôle du pharmacien
2009	Le pharmacien prescripteur
Lignes directrices	
1992	Lignes directrices sur les préparations magistrales de médicaments dans les hôpitaux
1993	Lignes directrices sur la documentation des interventions du pharmacien dans le dossier médical du patient
1995	Lignes directrices pour l'implantation d'un programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments
1995	Lignes directrices sur les services d'information pharmaceutique
1996	Lignes directrices sur l'élaboration des programmes éducatifs à l'intention des pharmaciens d'hôpitaux
1996	Lignes directrices sur la préparation des produits stériles dans les pharmacies
1997	Lignes directrices sur la manutention et l'élimination des substances pharmaceutiques dangereuses (médicaments cytotoxiques compris)
1997	Lignes directrices sur la recherche pharmaceutique en établissement de santé
1998	Lignes directrices concernant les cercles de lecture
1998	Lignes directrices sur l'exercice de la radiopharmacie
1998	Lignes directrices sur le réemballage des produits dans les établissements de santé
1999	Lignes directrices sur la déclaration des erreurs de médication et la prévention des erreurs/incidents de médication
2001	Lignes directrices pour optimiser la pratique des soins pharmaceutiques dans les établissements de santé
2001	Lignes directrices sur l'emballage et l'étiquetage des médicaments à l'intention des fabricants
2001	Lignes directrices sur la préparation des médicaments pour les patients sensibles allergiques au latex de caoutchouc naturel (LCN)
2001	Lignes directrices sur la relation entre les pharmaciens d'établissements de santé et l'industrie pharmaceutique
2001	Lignes directrices sur la responsabilité et la gestion du risque
2001	Lignes directrices sur l'utilisation des médicaments pour des essais cliniques en établissement de santé
2005	Lignes directrices sur le rôle du pharmacien dans le domaine des soins à domicile
2006	Lignes directrices sur la délégation de fonctions aux assistants techniques en pharmacie
2007	Lignes directrices sur la gestion de la pratique
2008	Lignes directrices sur le contrôle de l'utilisation des médicaments
Normes	
2003	Normes professionnelles sur la pratique de la pharmacie d'hôpital

Année de publication	Titre
Autres	
1995	L'amélioration continue de la qualité – Guide à l'intention des départements de pharmacie d'hôpitaux canadiens
1995	Guide de rédaction des normes, lignes directrices et déclarations de la SCPH
1995	Ouvrages de référence sur les médicaments : guide à l'intention des pharmaciens d'hôpitaux

En 1990, la SCPH publie un document fondamental, *La pharmacie clinique et vous*, ouvrage dans lequel sont établis quatre niveaux de soins. Ce document est utilisé par l'OPQ pour l'élaboration, en 1994, de son *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, qui sert de base à l'organisation des soins pharmaceutiques dans les centres hospitaliers québécois. Un tel outil de pratique a permis d'établir des programmes de soins pharmaceutiques dans les établissements de santé en tenant compte des besoins et des ressources du milieu⁵³.

Alors que l'A.P.E.S. est à la fois un syndicat professionnel et une association professionnelle en soutien à ses membres, la SCPH est un organisme canadien ne signant pas d'ententes de travail avec les gouvernements provinciaux. Ainsi, la SCPH peut se concentrer sur son rôle-conseil et produire un cadre normatif de soutien à ses membres.

AGRÈMENT DE LA RÉSIDENCE EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Outre les normes des organismes d'agrément, des gouvernements ou de la SCPH, les normes d'agrément des programmes de résidence en pharmacie hospitalière ont aussi un impact sur l'évolution de la pratique pharmaceutique hospitalière. En effet, en définissant des objectifs de formation liés à la pratique clinique de la pharmacie ou aux soins pharmaceutiques, les universités ont été un important facteur de changement dans les services de pharmacie en obligeant ces derniers à mettre à jour leurs installations et leurs pratiques pour se conformer aux normes prescrites.

L'élaboration de normes minimales pour uniformiser les programmes de formation en pharmacie d'hôpital est l'une des principales préoccupations des pharmaciens d'hôpitaux canadiens dès le début des années 1960. C'est donc en 1962 que la SCPH crée le *Residency Board*, aujourd'hui appelé Conseil canadien des résidences en pharmacie

d'hôpital (CCRPH), chargé d'accréditer les hôpitaux offrant la résidence en pharmacie hospitalière⁵⁴. Ces normes vont influencer les universités québécoises dans l'élaboration de leurs propres normes d'agrément des hôpitaux autorisés à recevoir leurs résidents. La Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal établit des critères de sélection des établissements autorisés à recevoir les résidents inscrits au programme de 2^e cycle en pharmacie hospitalière offert à compter de 1962. Il est entre autres demandé aux services de pharmacie d'offrir la possibilité aux résidents de travailler dans les secteurs de distribution, de fabrication et de gestion.

L'émergence du concept de pharmacie clinique dans les années 1970 demande que les normes exigées par les pharmacies soient adaptées au contenu du programme et permettent aux résidents de mettre en pratique les concepts acquis dans le cadre du programme théorique. Le CCRPH modifie ses normes au milieu des années 1970, normes dont va s'inspirer la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour mettre en place de nouvelles normes d'agrément en 1977. À ce moment, la Faculté offre des stages cliniques autant aux étudiants de 1^{er} cycle qu'à ceux de 2^e cycle, ce qui nécessite une conformité aux exigences universitaires afin de permettre aux étudiants et aux résidents de répondre aux objectifs des cours. Ainsi, les normes adoptées en 1977 cherchent à diversifier la formation pour y inclure quelques activités cliniques. Il est notamment exigé que le service de pharmacie comprenne un centre de distribution, un centre de fabrication, une chambre stérile, un centre de documentation, une clinique ambulatoire, et que le dossier-patient, le formulaire et le manuel de procédure soient en usage. Les nouvelles normes, en exigeant que les résidents aient librement accès aux dossiers médicaux sur les unités de soins entre autres, exige donc une mise à niveau des pratiques pour favoriser la participation aux activités cliniques. En ce qui

concerne les effectifs, un service ne peut accueillir plus de résidents qu'il n'y a de pharmaciens à l'œuvre, et le chef du service de pharmacie doit détenir un diplôme en pharmacie d'hôpital. De plus, le service doit avoir suffisamment de personnel non professionnel pour accomplir les tâches techniques requises⁵⁵. Ainsi, les établissements doivent réorganiser leurs services et mettre en place les différents éléments requis avant d'obtenir l'agrément de la Faculté de pharmacie pour offrir les stages aux étudiants et accueillir les résidents.

L'A.P.E.S. choisit aussi à ce moment d'élaborer des normes pour les programmes de résidence en pharmacie dans les deux universités québécoises afin de fournir un guide pour les responsables de l'agrément des services hospitaliers accueillant les résidents. Le *Guide pour le programme de résidence en pharmacie d'hôpital de l'A.P.E.S.* est publié en 1978. Ce document « pose les principaux jalons d'un programme de résidence plus complet et mieux adapté aux besoins actuels. Il deviendra un outil précieux pour tous les moniteurs et résidents et devrait tendre vers l'uniformité de la formation⁵⁶ ». Le guide spécifie des objectifs pour la résidence qui tendent à incorporer quelques éléments caractéristiques à la pharmacie clinique dans la formation des résidents. Un apprentissage de la gestion des services pharmaceutiques, un aperçu des aspects multiples du contrôle efficace de la médication, le développement de l'habileté à travailler en milieu multidisciplinaire et l'exercice d'un esprit de commandement dans l'évolution de la pratique pharmaceutique dans les établissements de santé sont quelques-uns des éléments privilégiés. La résidence devrait aussi comprendre une portion en administration, une sur le contrôle de la distribution et de l'utilisation des médicaments, aussi la préparation, le conditionnement et le contrôle des produits pharmaceutiques; la participation aux activités scientifiques (centre d'information, recherche clinique, enseignement, comités); la participation aux activités cliniques; un projet de recherche et des activités complémentaires (conférences, colloques, séminaires, congrès).

L'École de pharmacie de l'Université Laval adopte par ailleurs en 1978 les normes élaborées par l'A.P.E.S., davantage orientées vers la pratique clinique. Ces normes exigent que le service de pharmacie offre des services pharmaceutiques sept jours par semaine et assure la disponibilité d'un pharmacien 24 heures par jour. Le service

de pharmacie doit faire appel à un nombre suffisant de pharmaciens compte tenu du nombre de lits, en plus de disposer d'un nombre suffisant d'assistants techniques. De plus, le chef du département doit être détenteur d'un diplôme en pharmacie d'hôpital, ou posséder une vaste expérience et avoir fait preuve de compétence dans l'exercice de ses fonctions. Outre les activités liées à la distribution, les normes de l'A.P.E.S. incluent une participation aux activités cliniques, notamment l'enseignement aux patients et aux professionnels, les échanges avec les médecins et la consultation des dossiers. Quelque temps après, la prévention et la détection des effets indésirables et l'étude pharmacologique du dossier-patient sont ajoutées aux activités cliniques exigées pour l'apprentissage.

L'avènement des soins pharmaceutiques amène aussi les universités et le CCRPH à réviser à nouveau les normes d'agrément des établissements de santé. Le CCRPH entreprend, en 1998, une refonte majeure de ses standards minimums pour les adapter aux changements dans la pratique, soit l'implantation des soins pharmaceutiques. Cette refonte des normes d'agrément est maintenant centrée sur l'acquisition de compétences diverses par les candidats. Des changements mineurs sont apportés aux standards en 2002 et en 2006.

La Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal mène le bal dans ce domaine. Dès l'arrivée en poste du doyen Robert Goyer en 1994, les départements de pharmacie sont interpellés dans le cadre de la signature des contrats d'affiliation en vue de la refonte des programmes de 1^{er} et de 2^e cycle. Les départements dont les ressources pharmaceutiques sont insuffisantes ou qui n'ont pu implanter la présence clinique décentralisée des pharmaciens sur les unités de soins sont informés de la possibilité que ces éléments affectent l'agrément et leur capacité à recevoir des résidents à l'avenir. La modification du processus d'agrément a donc eu un impact important sur l'organisation et la dotation des départements de pharmacie afin d'accueillir les résidents et les bacheliers en pharmacie. Les exigences de la Faculté concernent les secteurs de l'administration du département, les services aux patients hospitalisés et ambulatoires, la distribution et le contrôle des médicaments, la préparation, le conditionnement et le contrôle de la qualité des médicaments, le service d'information sur les médicaments, les services cliniques, l'enseignement et les apprentissages, la participation aux

CHAPITRE 6 :

Structure et organisation du département de pharmacie

Extrait du contrat d'affiliation universitaire entre l'Université de Montréal et le CHU Sainte-Justine pour 2006-2009

Capacité d'accueil attendue du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine						
Programme/Stage	Durée	Nombre de stages			Exigences particulières	
		2006-07	2007-08	2008-09		
Faculté de pharmacie						
		<p><u>Supervision dans le cadre des stages de soins directs aux patients</u> La supervision doit être interprétée comme la présence sur place, c'est-à-dire dans la pharmacie ou l'établissement de santé où l'étudiant effectue son stage, ou une partie de celui-ci, d'un clinicien associé. La supervision s'applique à un externe, interne ou résident. La détermination du niveau de supervision appropriée est sous la responsabilité du pharmacien modèle de pratique. Elle devrait être supportée par des politiques et procédures claires, propres au milieu. Deux niveaux de supervision appropriée sont définis, la supervision étroite et la supervision normale. Le niveau de supervision peut varier selon les actes posés. L'étudiant en formation clinique qui débute un stage ou une rotation est nécessairement sous supervision étroite. Le passage à la supervision normale est déterminé par le clinicien associé et dépend du niveau de compétence de l'étudiant et des modalités définies par le milieu de formation.</p> <p><u>Supervision étroite :</u> Pour les actes posés sous supervision étroite, l'étudiant en formation pratique structurée peut : 1) intervenir auprès du patient, des aidants naturels et du personnel soignant après en avoir discuté avec le pharmacien modèle de pratique; 2) signer en précisant son titre, ses interventions dans les dossiers des patients, les ordonnances ou tout autre document pertinent. Il doit toutefois être contresigné par le pharmacien.</p> <p><u>Supervision normale :</u> Pour les actes sous supervision normale, l'étudiant en formation pratique structurée peut : 1) intervenir auprès du patient, des aidants naturels et du personnel soignant avant d'en aviser son pharmacien modèle de pratique. L'obligation pour l'étudiant d'informer le clinicien associé des actes qui ont été posés demeure et ce, en tout temps; 2) signer en précisant son titre, ses interventions dans les dossiers des patients, les ordonnances ou tout autre document sans être contresigné par le pharmacien. Cependant le nom du pharmacien responsable doit apparaître lors de chacune de ses notes.</p>				
B.Pharm		Titre de clinicien associé obligatoire pour supervision. Formation obligatoire pour obtenir le titre de clinicien associé. Procédure de sélection et de réévaluation des secteurs de stage impliquant visite et rencontre avec la direction du département, les pharmaciens de l'unité et l'équipe multidisciplinaire.				
PHM 4871	7 s	15	16	18	Supervision d'étroite à normale : Ratio 1 : 1	
Pharm.D.		Formation d'appoint requise pour répondre aux modifications apportées aux modalités de stage ainsi qu'aux procédures d'évaluation. Procédure de sélection et de réévaluation des secteurs de stage impliquant visite et rencontre avec la direction du département, les pharmaciens de l'unité et l'équipe multidisciplinaire. Implication soutenue des coordonnateurs à l'enseignement (département de pharmacie). Support logistique au coordonnateur à l'enseignement. Espace physique pour accueillir étudiant(s) au poste pour favoriser travail interdisciplinaire. Bureau de rencontre sur l'unité. Salle multimédia pour rencontre de groupes. Casiers pour étudiant. Cartes d'identification de l'hôpital. Accès à ordinateur avec accès internet sur les unités et à la pharmacie. Accès aux bibliothèques, aux services audio-visuel.				
PHM 2510	4 s			10	Supervision d'étroite à normale : Ratio 5 : 1	
PHM 4530	8 s				Supervision d'étroite à normale : Ratio 1 : 1	
PHM 4540	4 s				Supervision d'étroite à normale : Ratio 1 : 1	
M.Sc. Pratique pharmaceutique		<p><u>Exigences professionnelles :</u> Pharmacien, coordonnateur à l'enseignement Pharmaciens, avec titre universitaire "clinicien associé" Stages possédant les attributs identifiés par la faculté de pharmacie Ressources nécessaires pour mettre à terme le projet de recherche</p> <p><u>Exigences académiques :</u> le résident doit : Prodiguer des soins pharmaceutiques Réaliser un projet de recherche</p> <p><u>Exigences maternelles :</u> Idem au baccalauréat</p>				
PHM 6120	4 s	8	8	8	Supervision normale : Ratio 1 : 1	
PHM 6132 à 6138	36 s	4	4	4		
PHM 6125	9 s	4	4	4	Supervision normale	
MSc Sc.Pharm.	1 a		2	2		
PhD Sc.Pharm.	1 a	4	4	4		

Source : Archives du CHU Sainte-Justine – Département de pharmacie

réunions du comité de pharmacologie, les activités scientifiques et professionnelles et l'apprentissage à la recherche. Le processus d'agrément inclut un calcul de la dotation requise, de sorte que si la charge de travail représente 0,3 heures par patient par jour pour une journée type de sept heures, un CHU de 800 lits devrait compter au moins 34,2 ETP, soit 17 pharmaciens et 17 assistants techniques en pharmacie.

En vertu de la LSSSS, les établissements de santé sont invités à signer un contrat d'affiliation avec une université pour offrir des services d'enseignement ou de recherche. De tels contrats existent entre les établissements de santé et les universités québécoises offrant des programmes de formation dans le domaine de la santé. Le contrat d'affiliation définit l'organisation de l'enseignement et de la recherche ainsi que le financement et la répartition des ressources. Dans le cadre de ces contrats d'affiliation, universités et établissements de santé conviennent de la capacité d'accueil des programmes pour une période donnée. En 2009, on note que près de 100% des étudiants de 1^{er} cycle formés à l'Université Laval le sont en centre universitaire; à l'Université de Montréal, la proportion ciblée dans le cadre du nouveau doctorat professionnel est de 75% en centre universitaire. La figure qui précède illustre les conditions convenues entre l'Université de Montréal et le CHU Sainte-Justine en ce qui concerne la pharmacie pour le contrat 2006-2009.

En 2010, la SCPH publie de nouveaux critères d'agrément pour les programmes de résidence en pharmacie hospitalière en 2010. L'établissement doit notamment faire preuve de compétences générales et spécialisées, collaborer avec d'autres pharmacies agréées et les autres professionnels de la santé, incorporer l'approche interdisciplinaire, promouvoir l'excellence et le dépassement dans la qualité du travail, encourager l'innovation, promouvoir les bénéfices de la résidence en pharmacie et encourager le partage et l'enseignement par les pairs⁵⁷.

Programmes-clientèles et réorganisation du réseau de la santé (1995-2010)

Au milieu des années 1990, l'approche par programmes-clientèles commence à attirer l'attention de plusieurs gestionnaires dans le domaine de la santé et s'implante dans certains établissements américains et canadiens.

Au Québec, le concept fait aussi une percée, mais tarde à s'y implanter. Les pharmaciens, pour leur part, s'y impliquent plus lentement que les autres professionnels dans les milieux ayant adopté cette façon de faire.

APPROCHE PAR PROGRAMMES-CLIENTÈLES

Au Québec, les pharmaciens sont plutôt sceptiques face à l'approche par programmes-clientèles étant donné le manque de documentation des impacts et des résultats à moyen et à long terme. D'autres pharmaciens sont plus réticents à l'idée d'être le seul pharmacien au sein d'une équipe de soins.

Cette approche, bien que présentant une occasion inestimable pour développer le rôle clinique du pharmacien en le rapprochant de l'équipe de soins, menace cependant directement l'existence du département de pharmacie, selon Bussièrès et De Villers⁵⁸. Après l'organisation d'un symposium sur le sujet par l'AHQ en 1997, plusieurs établissements amorcent des réflexions afin d'intégrer cette approche à leur structure organisationnelle, notamment l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, etc. En vertu de cette approche, les professionnels de la santé ne relèvent plus directement d'un chef professionnel détenant la même formation, mais plutôt d'une équipe de gestion (généralement issue des soins infirmiers ou du domaine médical) assurant la gouvernance d'un programme-clientèle. Par exemple, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes, les archivistes, les infirmières et le personnel de la salubrité exerçant dans les cliniques externes et les unités d'hémo-oncologie relèvent d'une nouvelle équipe de gestion centrée sur la clientèle plutôt que sur les regroupements professionnels traditionnels.

Si plusieurs établissements implantent une telle structure partiellement ou à l'échelle de l'établissement, les départements de pharmacie du Québec n'emboîtent pas le pas et la presque totalité des pharmaciens hospitaliers continuent de relever directement du chef de département de pharmacie, en dépit d'une décentralisation de certaines de leurs activités cliniques. Force est de constater que la complexité de la pratique pharmaceutique, le partage des activités de distribution, de clinique, d'enseignement ou même de recherche, rend difficilement applicable la décentralisation hiérarchique des pharmaciens au sein de ces programmes-clientèles.

CRÉATION DES CSSS ET DES RUIS

Avec l'adoption du projet de loi 25 en 2003, le Québec revoit la structure du système de santé, en créant 95 réseaux locaux de services ayant pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et plus fluides. Ce changement législatif donne naissance aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui regroupent désormais, lorsqu'applicable, les différentes missions représentées localement, dont les centres hospitaliers (78 des 95 CSSS comportent un centre hospitalier), les CHSLD, les CLSC, les centres jeunesse (CJ) et les centres de réadaptation (CR). De plus, le gouvernement crée quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) qui ont pour mandat de dégager, à l'intérieur de chaque réseau, les principales orientations et d'aviser le MSSS sur les services médicaux spécialisés et ultraspécialisés des centres hospitaliers universitaires (CHU), des instituts et des zones d'excellence des centres affiliés universitaires (CAU). La refonte comporte aussi la mise en place de mécanismes de référence et de suivi d'usager et l'obligation de constituer un projet clinique au sein de chaque établissement. Ces changements ont, *a priori*, peu d'impact sur l'activité pharmaceutique. Par contre, l'intégration des missions CHSLD, CLSC et CR auront pour effet progressif de réduire le recours au privé pour la prestation de services pharmaceutiques dans ces sites et de revoir l'organisation du travail, l'aménagement physique et l'uniformisation des pratiques au sein de chaque CSSS.

COMITÉS RÉGIONAUX SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

Dans la foulée du projet de loi 83 adopté en 2005, le gouvernement met en place une structure de comités régionaux sur les services pharmaceutiques (CRSP). Ces comités, sous l'autorité du président-directeur général de l'agence régionale de santé, ont pour responsabilité de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre, de donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments, de donner leur avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques et d'exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général. Les modalités de désignation des membres du CRSP et de son président, la durée de

leur mandat ainsi que les règles de régie interne du comité sont déterminées par règlement de l'agence.

Alors que les médecins peuvent compter sur un organisme-conseil, le Conseil médical du Québec relevant du MSSS, les pharmaciens obtiennent un forum régional formel permettant des échanges entre les pharmaciens du milieu communautaire, du milieu hospitalier, du milieu universitaire et les agences de santé.

SYSTÈMES AUTOMATISÉS ET ROBOTISÉS POUR LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Dans le contexte de la pénurie, non seulement en pharmacie mais aussi en soins infirmiers, le MSSS met en place un groupe de travail sur les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM). Ce groupe publie en 2005 un rapport sur l'état des connaissances, des pratiques et des technologies disponibles et propose une mise à niveau significative de la structure et de l'organisation du circuit du médicament dans le réseau. Les établissements doivent se doter d'un comité SARDM afin d'établir un plan local puis régional de leur circuit du médicament, afin d'identifier et de prioriser leurs demandes de rehaussement organisationnel et technologique.

Après une analyse de conformité menée à partir d'un questionnaire développé par Bussièrès et St-Pierre, les établissements identifient leurs écarts et présentent leur priorité. La première phase du projet SARDM se complète en 2010 avec un investissement national de plusieurs millions de dollars. Le projet SARDM fait en sorte que plus jamais le circuit du médicament ne sera considéré comme uniquement pharmaceutique ou circonscrit par les murs d'un département de pharmacie situé au sous-sol d'un établissement. Désormais, le circuit du médicament regroupe une cinquantaine d'étapes, touchant le plan d'organisation (p. ex. : le conseil d'administration d'un établissement, le CMDP, le CII, le comité de pharmacologie), les aménagements (p. ex. : les locaux et les aménagements requis pour la robotisation, les préparations stériles, la numérisation, l'archivage, etc.) et le continuum de soins (p. ex. : la prescription, la validation, la dispensation, l'administration et la disposition de médicaments).

Le rapport synthèse sur la pharmacie hospitalière au Québec, publié de manière bisannuelle par Bussièrès et Lefebvre dans le *Pharmactuel*, conclut en 2007-2008 que les établissements croulent sous les enquêtes sur la

qualité des soins et les analyses de conformité vis-à-vis différents cadres normatifs. On rappelle que la Corporation d'hébergement du Québec n'a toujours pas publié la version officielle de ses normes sur les salles blanches et les salles blanches d'oncologie et qu'il n'existe toujours pas de version récente et appropriée d'un cadre normatif en ce qui concerne l'aménagement d'un département de pharmacie en établissement de santé. Les auteurs dénoncent ce « silence qui pourrait coûter cher au réseau de la santé à un moment où de nombreux projets de mise à niveau et de réaménagement sont en cours ou à venir⁵⁹ ».

DU CENTRE HOSPITALIER AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : POUR UNE COUVERTURE COMPLÈTE DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Alors qu'au départ, la présence du pharmacien est reconvenue comme essentielle seulement dans les centres hospitaliers, les changements apportés au réseau de la santé (p. ex. : virage ambulatoire), combinés à la consommation croissante de médicaments par la population, particulièrement les personnes âgées, rendent nécessaire la présence de pharmaciens dans d'autres secteurs du réseau de la santé, notamment dans les unités de médecine familiale, les centres d'accueil, les CLSC, etc.

En plus de s'assurer depuis le début des années 1970 d'une couverture des services pharmaceutiques des plus complètes dans les centres hospitaliers par l'établissement d'un système de garde pharmaceutique dans les hôpitaux, les pharmaciens d'hôpitaux ont aussi agi pour faire reconnaître l'apport du pharmacien dans les centres d'accueil, les centres d'hébergement, les CHSLD et les CLSC.

Services de garde: continuité de l'acte pharmaceutique

En 1966, la SCPH publie des principes directeurs fournissant les indications aux pharmaciens d'hôpitaux sur les moyens d'allonger les heures de services pharmaceutiques (*Statement of guiding principles on ways and means to provide extended hours of pharmacy services in hospitals*). Selon la SCPH, chaque établissement doit prévoir un plan d'offre de services étendus selon ses besoins. Idéalement,

le pharmacien doit être en charge de la distribution des médicaments, mais le recours à une infirmière est aussi possible pour fournir les médicaments d'urgence n'étant pas disponibles ailleurs qu'à la pharmacie. L'établissement peut utiliser des cabinets comprenant un nombre limité de doses et doit surtout s'assurer que l'accès à la pharmacie soit restreint aux personnes autorisées pendant ces heures⁶⁰.

Les pharmaciens d'hôpitaux prennent conscience dès le début des années 1970 de la nécessité de mettre sur pied un service de garde pharmaceutique dans les hôpitaux. Un incident survenu en 1970 dans la région de Trois-Rivières, où la non-disponibilité d'un médicament a compromis la survie d'un patient, fait prendre conscience de la nécessité d'assurer des services de garde dans les pharmacies des hôpitaux de la région. Malgré l'appui des médecins des hôpitaux de Trois-Rivières et la conclusion d'un accord entre les pharmaciens des établissements pour assurer la garde, le sous-ministre adjoint du ministère de la Santé, service de l'assurance hospitalisation, en vient à la conclusion « qu'il n'était pas opportun pour l'instant de modifier notre politique actuelle à ce sujet. Vous comprenez sûrement l'importance des implications budgétaires d'un tel nouveau service pour l'ensemble des hôpitaux de la province⁶¹ ».

Malgré cela, dès le début des années 1970, quelques établissements, dont l'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont⁶² et l'Hôpital Notre-Dame⁶³, assurent la présence physique du pharmacien (ou d'étudiants en pharmacie) jour et nuit. D'autres établissements mettent en place une garde pharmaceutique à distance, notamment l'Hôpital Laval⁶⁴, le Centre hospitalier de l'Université Laval⁶⁵ et l'Hôpital du Christ-Roi⁶⁶.

La couverture étendue des services pharmaceutiques est l'une des principales revendications de l'A.P.E.S. dans le cadre des négociations entamées dans les années 1970. En effet, les dirigeants de l'A.P.E.S. souhaitent l'établissement d'un système de garde assurant une répartition équitable des heures entre membres d'un même service et négocient un montant forfaitaire incitant la mise en place de tels systèmes. Après de longues négociations, des dispositions concernant le système de garde sont intégrées au protocole d'entente signé entre l'A.P.E.S. et la partie patronale (le MAS et l'AHQ) en 1976.

Ainsi, les centres hospitaliers adhérant à l'entente sont tenus d'établir un système de garde après consultation des pharmaciens qui doivent assumer la garde selon certaines dispositions. Des montants forfaitaires de 10 \$ pour une période de huit heures de disponibilité et de 20 \$ pour un rappel ayant lieu après le départ de l'hôpital sont consentis⁶⁷.

Services pharmaceutiques en centres d'accueil et d'hébergement

Alors que les pharmaciens des établissements de santé ont pour responsabilité de contrôler la distribution et l'utilisation des médicaments, un large secteur du système hospitalier leur échappe, soit celui des centres d'accueil et d'hébergement, aujourd'hui appelés centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Bien que les pharmaciens d'hôpitaux réclament que la présence du pharmacien dans ce secteur soit reconnue dès le début des années 1970, il faut vraiment attendre que les autorités gouvernementales et l'OPQ prennent conscience du problème pour que des mesures soient adoptées pour assurer une présence pharmaceutique dans le secteur.

LES REVENDICATIONS DE L'A.P.E.S. POUR UNE PRÉSENCE DE PHARMACIENS D'HÔPITAUX DANS LES CENTRES D'ACCUEIL

L'A.P.E.S. joue un rôle déterminant dès le milieu des années 1970 dans l'élaboration de mesures visant à inciter les pharmaciens d'hôpitaux à offrir leurs services dans les centres d'accueil. Avec les nouvelles responsabilités de contrôle de l'utilisation des médicaments que confère la législation aux pharmaciens, les pharmaciens d'hôpitaux évaluent les moyens pour atteindre cet objectif dans les établissements de santé. L'A.P.E.S. constate la nécessité de doter les centres d'accueil de services pharmaceutiques, puisque près de 100 % des pensionnaires reçoivent au moins un médicament et qu'environ 55 % reçoivent cinq médicaments et plus. Le contrôle des médicaments prescrits doit se faire, selon le pharmacien Roger Leblanc, sur place et non à distance : « Partout où il y a consommation de médicaments, il doit y avoir un pharmacien, au même titre que l'on retrouve une infirmière pour les soins infirmiers et un médecin s'il se pose un acte médical⁶⁸ ». En plus de pouvoir diminuer la consommation de médicaments, le pharmacien présent

en centre d'accueil permet à l'établissement de diminuer les coûts reliés à ce secteur par une meilleure sélection et planification de l'achat des médicaments, et une diminution des inventaires, de contrôler les narcotiques, de confectionner une liste de médicaments conforme aux exigences du gouvernement, en plus de faire respecter les normes sur les services de pharmacie.

Les dirigeants de l'A.P.E.S. incluent donc dans leurs négociations amorcées au début des années 1970, une revendication pour assurer une rémunération équitable des services rendus par les pharmaciens dans les centres d'accueil. Le protocole d'entente signé entre l'A.P.E.S. et la partie patronale (MAS et Association des hôpitaux du Québec) spécifie que tout « centre hospitalier qui entend conclure un contrat de service avec un centre d'accueil pour la fourniture de services pharmaceutiques doit préalablement en informer les pharmaciens du centre hospitalier et requérir leur avis ».

NORMES POUR SERVICES PHARMACEUTIQUES EN CENTRES D'ACCUEIL

Bien que le MAS ait songé à se doter de normes pour encadrer l'offre de services pharmaceutiques dans les centres d'accueil immédiatement après l'adoption de la LSSSS en 1972, ce n'est finalement qu'en 1975 que les travaux s'amorcent, soit après que l'OPQ ait formé une commission d'étude des services pharmaceutiques dans les établissements de santé et fait du secteur des soins de longue durée, une priorité. Le document de travail préparé par cette commission est diffusé à plusieurs associations, et des rencontres de travail ont lieu entre l'OPQ et l'Association des centres d'accueil du Québec (ACAQ), puis avec le MAS pour finalement arriver à diffuser les Normes du service de pharmacie dans les centres d'accueil pour hébergement en 1977.

Les normes adoptées en 1977 visent à assurer la prestation de services pharmaceutiques dans tous les centres d'accueil. Il y est spécifié que « tout centre d'accueil pour hébergement au sens de la LSSSS doit conclure un contrat de service de pharmacie avec un pharmacien membre de l'OPQ. Le centre d'accueil doit utiliser le contrat-type établi à cette fin par le MAS. Cet article n'exclut pas la possibilité de conclure un contrat de service entre établissements⁶⁹ ».

Ces normes sont agrémentées d'une politique supplémentaire, soit la circulaire INF-148-1977 – Services professionnels de pharmacie en centre d'hébergement, où il est spécifié que les services pharmaceutiques en centre d'accueil peuvent être assurés de deux façons. Dans un premier temps, un centre d'accueil peut recourir aux services d'un pharmacien d'officine selon l'entente intervenue entre le MAS et l'AQPP. Dans ce cas, le pharmacien fournit lui-même les médicaments. Il est aussi possible de recourir à un pharmacien d'établissement de santé selon l'entente conclue entre l'A.P.E.S. et le MAS. Le pharmacien assure alors les services pharmaceutiques, et l'établissement prend en charge l'achat de médicaments, sous la surveillance du pharmacien. «Quelle que soit l'option choisie, on doit prévoir la continuité du service par un autre pharmacien lorsque le pharmacien responsable n'est pas disponible⁷⁰». Ces normes établissent que le temps requis pour les services d'un pharmacien est de cinq heures par 100 lits/semaine, alors que la majorité des normes en vigueur pour le secteur exigent un pharmacien par 250 lits pour les soins prolongés. En plus du pharmacien, les normes précisent que le centre doit assurer la présence de personnel de soutien pour faire le travail technique.

Malgré ces dispositions, très peu de pharmaciens d'hôpitaux acceptent d'offrir leurs services dans les centres d'accueil. Convaincue de l'apport des pharmaciens d'hôpitaux à un meilleur contrôle de la distribution et de l'utilisation des médicaments en centres d'accueil, l'A.P.E.S. décide, en 1979, de faire du dossier des centres d'accueil, une priorité. Un comité sur les centres d'accueil est alors formé pour favoriser l'implantation et le développement de services pharmaceutiques dans ce milieu. Ce comité cherche, au début des années 1980, à démontrer la nécessité du DPH ou du CPH pour œuvrer en centre d'accueil et à réévaluer la norme de 0,05 heures pharmacien/bénéficiaire/semaine pour la faire passer à 0,075 heures pharmacien/bénéficiaire/semaine. L'A.P.E.S. obtient finalement qu'un taux horaire soit fixé pour le travail des pharmaciens d'établissements de santé en centre d'accueil⁷¹.

Une étude menée par la Direction de l'hébergement du MAS en 1981 pour mesurer l'impact des normes sur les centres d'accueil révèle que 90% des centres d'accueil

d'hébergement (CAH) publics et 60% des CAH privés conventionnés recouraient aux services d'un pharmacien au printemps 1980, et 80% de ceux-ci bénéficiaient de ces services dans une mesure supérieure à la norme prescrite. Alors que les CAH publics ont plus souvent recours à des pharmaciens d'établissements, il est plus fréquent de voir les pharmaciens d'officine dans les CAH privés conventionnés. L'enquête révèle aussi que les CAH de petite taille ont moins souvent recours aux services d'un pharmacien.

Au début des années 1980, le secteur des centres d'accueil attire encore l'attention des organismes professionnels et gouvernementaux. Outre la publication d'un cahier de normes pour les centres d'accueil par l'OPQ, le MAS diffuse la directive sur les services professionnels de pharmacie en centre d'hébergement en 1981, ce qui marque le «début d'une phase d'implantation systématique des services d'un pharmacien dans les centres d'hébergement⁷².» Cette directive présente différentes modalités de prestation des services pharmaceutiques et en détermine les conditions. Elle rassemble en un seul document tous les éléments concernant les services pharmaceutiques en CAH. Le MAS y privilégie l'embauche d'un pharmacien rémunéré selon le mode du salariat ou de la vacation. Dorénavant, le ratio de 0,05 heure par semaine pour chaque bénéficiaire est utilisé pour déterminer le nombre de pharmaciens requis⁷³. De plus, le guide budgétaire 1980-1981 des CAH rend plus difficile le refus d'embaucher un pharmacien pour des raisons budgétaires⁷⁴.

L'entrée en vigueur du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé* vient circonscrire encore plus le mode de prestation des services pharmaceutiques dans les CAH. Les centres d'accueil doivent dorénavant former un département de pharmacie ou «confier à un pharmacien les responsabilités énumérées à l'article 77». Les centres d'hébergement doivent, pour leur part, se doter d'un service de pharmacie ou «confier à un pharmacien les responsabilités énumérées à l'article 84». Si le centre d'hébergement se dote d'un service de pharmacie, le conseil d'administration de l'établissement doit nommer un chef de service. Ce dernier, sous l'autorité du directeur général, doit exercer les fonctions prescrites par le règlement.

TABLEAU 40.

Fonctions prescrites au chef du service de pharmacie d'un centre d'hébergement, d'après l'article 84 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, 1984.

«84. Sous l'autorité du directeur général, le chef du service de pharmacie ou le pharmacien exerce les fonctions suivantes :

1. Assurer les services pharmaceutiques et gérer les ressources ;
2. Établir et appliquer des politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, des drogues ou des poisons dans le centre ;
3. Informer le médecin responsable des soins médicaux ou le service médical, ainsi que le directeur général, de l'inobservance des règles d'utilisation des médicaments, et de l'inobservance des modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre ;
4. Informer les membres du personnel clinique et les bénéficiaires du centre des règles d'utilisation des médicaments ;
5. Contrôler l'utilisation des médicaments dans le centre, notamment par des études rétrospectives de dossiers de bénéficiaires et par des vérifications d'utilisation des médicaments.
6. Il doit, en outre, après consultation du médecin responsable des soins médicaux ou du service médical, et de la personne responsable des soins de santé et d'assistance: « 1) élaborer les règles d'utilisation des médicaments et les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre, notamment en ce qui concerne les critères de validité des ordonnances, y compris les ordonnances verbales. »

Encore au milieu des années 1980, les centres d'accueil et les CLSC ne disposent pas de services pharmaceutiques répondant à leurs besoins, seule la distribution des médicaments y étant assurée, ce qui augmente le coût d'utilisation des médicaments et provoque de nombreux accidents⁷⁵. Encore en 1988, on compte plus de 200 pharmaciens qui sont impliqués dans les services pharmaceutiques en centre d'accueil sur une base individuelle ou par contrat de service avec un centre hospitalier :

Dans les premières années où les pharmaciens ont investi dans les centres d'accueil, ils ont d'abord mis l'accent sur l'élaboration de systèmes de distribution et de contrôle de médicaments répondant aux besoins des milieux où ils évoluaient. De plus, les études de dossiers-patients ont permis de rationaliser les traitements médicamenteux, de diminuer la consommation de médicaments et ainsi, de réduire les coûts, à la grande satisfaction des administrations. Par la suite, lors de la création des équipes interdisciplinaires dans plusieurs centres, le pharmacien a pu jouer un rôle de premier plan dans la thérapie globale des bénéficiaires. Parallèlement, le pharmacien devient une

personne-ressource importante pour la mise à jour des connaissances pharmacologiques des autres membres de l'équipe de soins⁷⁶.

La révision de la LSSSS entamée au début des années 1990 devient une occasion pour l'A.P.E.S. de réclamer un renforcement des services pharmaceutiques dans les centres d'accueil. Rappelant que le ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté, dans son document d'orientation publié en 1990, *Une réforme axée sur le citoyen*, avait proposé de « renforcer la fonction clinique des départements de pharmacie, principalement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée afin de prévenir l'usage abusif de médicaments », les dirigeants de l'A.P.E.S. renchérisent en affirmant que « la meilleure façon pour le gouvernement d'atteindre cet objectif est d'abord de s'assurer que ce type d'établissement offre des services pharmaceutiques⁷⁷ ».

La loi 120 a aussi des répercussions sur l'organisation des CAH et des centres de soins prolongés. C'est en effet à ce moment que ces deux types d'établissements sont regroupés sous l'appellation « centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ». Ce changement implique que cette catégorie d'établissement regroupe désormais des clientèles diversifiées qui ont un impact sur les besoins pharmaceutiques.

En 1997, l'A.P.E.S. décide de remettre sur pied le groupe de travail sur le développement des soins pharmaceutiques en CHSLD étant donné la détérioration des conditions de travail de ses membres dans ces établissements où le nombre de patients augmente considérablement, les cas sont plus lourds et les effectifs pharmaceutiques ne sont pas ajustés. Le groupe de travail procède à une évaluation de la situation en CHSLD en 1999 en menant un sondage auprès des pharmaciens concernés. L'analyse des résultats démontre que le ratio pharmacien/patients est nettement inférieur aux normes recommandées par l'OPQ. De plus, la plupart des établissements offrent des soins de niveau I (c.à.d. validation des ordonnances sans services cliniques) et seulement certains CHSLD offrent des soins de niveau II⁷⁸. L'enquête révèle par ailleurs que les établissements ayant recours aux services d'un pharmacien salarié sont plus enclins à dispenser des soins pharmaceutiques.

Avec la création des CSSS, plusieurs chefs de pharmacie songent à ne plus recourir au privé pour la prestation de services et de soins pharmaceutiques auprès des clientèles

de CLSC, de CHSLD et de CR. Bien qu'aucune enquête ne confirme la proportion des CSSS ayant recours au privé, l'A.P.E.S. indique qu'environ la moitié des CSSS ont maintenu ou rapatrié les services et les soins pharmaceutiques au public depuis cette refonte.

Services pharmaceutiques en CLSC

La présence pharmaceutique en CLSC tarde à se concrétiser. L'article 18 de la *Loi sur la pharmacie*, en vigueur depuis 1974, stipule qu'un établissement peut acheter, préparer, vendre ou fournir des médicaments à sa clientèle si un pharmacien ou un médecin y exerce sa profession, ce qui permet aux CLSC d'acheter des médicaments, particulièrement pour la prestation de soins sur place, sans nécessairement faire appel à un pharmacien. En 1984, l'A.P.E.S. rapporte que huit CLSC sur 109 offrent des services pharmaceutiques, dont trois de façon bénévole⁷⁹.

Encore dans les années 1990, les médicaments, notamment les échantillons, et les renseignements à leur propos circulent abondamment dans les CLSC alors que très peu de pharmaciens sont sur place. La mission préventive des CLSC offre aussi de nombreuses occasions d'intervention pour les pharmaciens. Par ailleurs, dans le contexte de virage ambulatoire où les activités de maintien à domicile se développent, les pharmaciens œuvrant en CLSC manifestent le besoin pour un cadre facilitant le développement de soins et services pharmaceutiques dans ce secteur. L'OPQ réagit donc en publiant, avec la collaboration de l'A.P.E.S., le *Guide des soins et services pharmaceutiques en CLSC*, en 1995. L'OPQ justifie ainsi son projet :

D'autre part, les représentants ou le personnel des CLSC confrontés à divers problèmes reliés aux médicaments ou aux services pharmaceutiques, se tournent en nombre croissant vers l'ordre, en espérant un appui, ou au moins une orientation, quant à la conduite à tenir dans certaines situations. Il est juste d'affirmer qu'au début, les besoins exprimés avaient principalement trait au contrôle légal de la médication, notamment des stupéfiants; avec le temps cependant, les problèmes reliés à la qualité de la pharmacothérapie prennent une place de plus en plus importante dans les communications reçues des établissements⁸⁰.

Ce guide se veut un outil pour situer « le pharmacien dans la mission des CLSC », pour aider à structurer les activités

professionnelles du pharmacien et pour faciliter l'introduction des pharmaciens dans les CLSC⁸¹. Pour ce faire, il recommande que « tout CLSC dont les services impliquent l'utilisation des médicaments (y compris les vaccins), devrait offrir les services d'un pharmacien chargé des activités ci-haut décrites. » Cette offre peut se faire par une entente avec un autre établissement, avec un pharmacien propriétaire ou avec un pharmacien agissant à titre personnel. Ce pharmacien peut être disponible de quelques heures par mois à plusieurs heures par semaine, tout dépendant des besoins de l'établissement⁸². Constatant que plusieurs établissements ne bénéficient pas de l'expertise du pharmacien, n'ont pas de formulaire thérapeutique ni de règles d'utilisation des médicaments et que plusieurs actes pharmaceutiques sont accomplis par des infirmières, l'A.P.E.S. recommande, pour sa part, que les CLSC recourent à des pharmaciens d'établissements de santé, soit par l'intermédiaire d'ententes de services avec des établissements disposant déjà d'un département de pharmacie ou en embauchant un pharmacien avec une expérience en établissement de santé⁸³.

En 1996, la Fédération des CLSC du Québec réalise une enquête auprès de ses établissements. Parmi les 119 établissements répondants, 56 disent avoir conclu une entente concernant la gestion de leurs services pharmaceutiques, 25 avec des centres hospitaliers, 29 avec des pharmaciens du secteur privé et 2 avec des CHSLD. Les pharmaciens présents dans ces établissements offrent un soutien aux autres professionnels, s'occupent de la distribution des médicaments aux usagers du CLSC, rédigent les formulaires de médicaments, procèdent au contrôle des narcotiques et font des recommandations sur les procédures et les normes ainsi que la vérification des protocoles. Parmi les répondants, 35 ont un comité de pharmacologie, alors que 84 n'en ont pas. Parmi les 35 CLSC ayant un tel comité, le pharmacien en fait partie dans 23 établissements. Le pharmacien est membre du CMDP dans 38 établissements⁸⁴.

La création des CSSS ne change pas forcément la dotation de pharmaciens affectés quotidiennement dans les CLSC. Par ailleurs, l'intégration des CLSC fait en sorte que les départements de pharmacie des CSSS doivent s'assurer d'une utilisation appropriée des médicaments et d'une offre de services pharmaceutiques adaptés. Il est encore trop tôt pour mesurer l'effet réel de cette intégration sur la couverture pharmaceutique en CLSC.

INSPECTION PROFESSIONNELLE ET GUIDES DE PRATIQUE

L'évolution des structures et de l'organisation de la pratique pharmaceutique est influencée par l'encadrement législatif, les normes et l'inspection professionnelle. Divers guides sont mis en place au Québec depuis le début des années 1980 afin de baliser la pratique pharmaceutique. Dans les établissements de santé, ces guides déterminent aussi les grandes lignes de l'organisation des soins et services pharmaceutiques. La corporation professionnelle, soit l'OPQ, est aussi chargée de surveiller la conformité des pharmaciens aux diverses règles et normes en vigueur.

L'inspection professionnelle

L'entrée en vigueur de la nouvelle *Loi sur la pharmacie* en 1973 et du Code des professions adopté en 1974 a fait de l'inspection professionnelle une obligation pour l'OPQ. Les recommandations des organismes d'agrément étant considérées avec respect par les administrations hospitalières, les pharmaciens d'établissements de santé fondaient de grands espoirs dans cette nouvelle mesure pour améliorer la prestation des services pharmaceutiques dans les hôpitaux de la province. Des divergences d'opinion entre les représentants des pharmaciens d'hôpitaux et le comité consultatif à l'inspection professionnelle de l'OPQ ont toutefois tempéré les effets positifs que l'inspection professionnelle aurait pu avoir sur la prestation des soins et services pharmaceutiques dans les établissements de santé.

L'article 110 du Code des professions décrit les fonctions du comité de l'inspection professionnelle de cette façon :

Le comité surveille l'exercice de la profession par les membres de la corporation et il procède notamment à la vérification de leurs dossiers, livres et registres relatifs à cet exercice. À la demande du bureau, le comité ou un de ses membres fait enquête sur la compétence professionnelle de tout membre de la corporation indiqué par le bureau ; le comité ou un de ses membres peut aussi agir de sa propre initiative à cet égard. Le comité ou un de ses membres peut, avec l'autorisation du bureau, s'adjoindre des experts aux fins d'une telle enquête. Le bureau peut aussi nommer des enquêteurs pour assister le comité dans

l'exercice de ses fonctions. Le comité fait rapport au bureau sur ses activités avec les recommandations qu'il juge appropriées⁸⁵.

Le comité est chargé de surveiller l'exercice de la profession, ce qui signifie qu'il doit vérifier, conformément à l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie*, si la préparation ou la vente des médicaments et des poisons, en exécution ou non d'une ordonnance, est faite adéquatement. Il doit aussi vérifier si un dossier est constitué pour chaque patient et si le pharmacien procède à l'étude pharmacologique de ce dossier et à la communication des renseignements sur l'usage des médicaments en exécution ou non d'une ordonnance.

Le programme d'inspection professionnelle, qui est mis en place en juin 1974, suscite rapidement le mécontentement chez les membres de l'A.P.E.S. qui le considèrent peu adapté à la pratique en milieu hospitalier. Un comité consultatif à l'inspection professionnelle est mis sur pied par l'A.P.E.S. en 1976 afin de faire des recommandations à l'OPQ concernant l'inspection professionnelle en milieu hospitalier⁸⁶. Ce comité déplore la faible connaissance du milieu hospitalier par les membres du comité d'inspection professionnelle de l'OPQ ainsi que leur complaisance lors des inspections. Le président de l'A.P.E.S., Donald Laberge, rappelle d'ailleurs quelques années plus tard que « ces premières visites ont donné de piètres résultats et les commentaires sur la visite se résumaient généralement à féliciter tout le monde pour son beau programme⁸⁷ ». Dans son rapport soumis à l'OPQ en octobre 1976, le comité consultatif à l'inspection professionnelle de l'A.P.E.S. fait ses recommandations à l'OPQ. Il suggère d'abord qu'un pharmacien du milieu hospitalier fasse partie du comité d'inspection, tel que suggéré à l'article 110 du Code des professions. Par ailleurs, le comité de l'A.P.E.S. souhaite aussi que l'inspection se penche sur les services pharmaceutiques en centre d'accueil et dans les pénitenciers. Par ces recommandations, l'A.P.E.S. souhaite que l'inspection professionnelle puisse aider le pharmacien à jouer pleinement son rôle dans son milieu et qu'elle appuie les revendications faites par les pharmaciens auprès de leur administration en ce qui concerne les ressources humaines ou matérielles⁸⁸. Le président de l'OPQ se montre ouvert à la plupart des suggestions de l'A.P.E.S., sauf en ce qui concerne l'adjonction d'un pharmacien du milieu pour

faire la visite. Les membres du comité d'inspection professionnelle soulignent qu'il « ne faut pas perdre de vue la dualité de leurs fonctions, c'est-à-dire la surveillance générale de l'exercice de la profession et l'évaluation de la compétence des membres. » Ils sont d'ailleurs d'avis « qu'il n'y a aucune nécessité pour eux de s'adjoindre des experts quand il s'agit de la surveillance générale de l'exercice de la profession⁸⁹ ». Cette prise de position de l'OPQ « reflète un principe de base que les membres du comité entendent respecter scrupuleusement, à savoir qu'il n'existe qu'une seule catégorie de pharmaciens, c'est-à-dire tous ceux qui exercent notre profession, que ce soit en milieu communautaire, hospitalier ou autre⁹⁰ ».

Après la diffusion du rapport final du comité consultatif à l'inspection professionnelle de l'A.P.E.S. en février 1977, une commission conjointe OPQ-A.P.E.S. est mise sur pied, et les inspections reprennent dans les centres hospitaliers⁹¹. Ces inspections permettent de constater que bon nombre d'établissements rendent des services pharmaceutiques sans la présence d'un pharmacien et que même dans les établissements où il y a un pharmacien, ceux-ci sont souvent absents, et des actes pharmaceutiques sont tout de même posés en leur absence. Sur 31 centres hospitaliers visités en 1978, quatre centres hospitaliers publics n'ont pas recours à des pharmaciens. Parmi les établissements visités, 22 sont des établissements de soins de longue durée privés et 20 d'entre eux n'ont pas recours aux services d'un pharmacien. En l'absence du pharmacien, le contrôle de la distribution des médicaments est donc confié aux infirmières ou, dans un cas, au magasinier. Par ailleurs, le comité d'inspection constate que les visites sont appréciées des pharmaciens d'hôpitaux, puisque l'inspection peut servir d'outil de négociation avec l'administration pour obtenir des améliorations aux locaux ou autres, permettant d'améliorer la qualité des services rendus⁹².

Au début des années 1980, l'A.P.E.S. rapplique auprès de l'OPQ afin que l'inspection professionnelle porte également sur l'organisation des services pharmaceutiques et non seulement sur le comportement de chaque professionnel du service⁹³. La participation du pharmacien aux comités institués dans l'établissement ainsi que la participation à l'enseignement et aux divers projets en cours sont certains éléments qui devraient être considérés lors de

l'inspection, selon l'A.P.E.S. L'A.P.E.S. souhaite aussi que le comité d'inspection puisse surveiller la continuité des soins dans les établissements de santé. Ces recommandations sont cependant rejetées par l'OPQ qui adhère à un principe de base selon lequel, « malgré certains aspects quelque peu différents, il n'existe pas de différence fondamentale entre l'exercice de la pharmacie en milieu d'établissements de santé, par rapport au secteur privé (pharmacie communautaire). »

L'OPQ complète la refonte du comité d'inspection et modifie le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle* en 1988. Alors qu'auparavant, les membres du comité étaient des permanents de l'OPQ qui devaient établir le programme d'inspection, le juger et en évaluer les résultats, la nouvelle structure est désormais composée d'au moins un pharmacien communautaire, un pharmacien universitaire et un pharmacien d'établissement de santé⁹⁴. De plus, le directeur des services professionnels, nommé à la suite de cette réforme, est aussi un pharmacien ayant fait carrière en établissement de santé, en l'occurrence, Pierre Ducharme, qui occupe le poste jusqu'en 2000. Depuis 2005, une autre pharmacienne ayant fait carrière en établissement de santé, Danielle Fagnan, occupe le poste⁹⁵.

En 2003, l'A.P.E.S. considère toujours que l'inspection professionnelle ne convient pas à la situation, particulièrement compte tenu de la pénurie croissante d'effectifs. L'A.P.E.S. souhaite qu'une procédure « plus simple et plus diligente qui permettrait à l'ordre d'intervenir plus efficacement dans ce genre de dossier » soit mise en place⁹⁶. En réaction à cette pénurie, l'ordre publie en 2004 des balises pour élaborer un plan d'urgence en pharmacie d'établissement. L'ordre précise que « si elle est partout présente, la situation est particulièrement sérieuse dans les établissements de santé, où la pénurie se complique de deux situations particulières : d'une part, il est relativement difficile à l'heure actuelle de recruter pour le programme de maîtrise en pharmacie d'établissement autant de candidats qu'il y a de postes disponibles, ce qui laisse anticiper une accentuation du problème ; d'autre part, plusieurs pharmaciens, souvent parmi les plus expérimentés, quittent les pharmacies des établissements de santé pour exercer dans d'autres milieux de pratique⁹⁷ ».

Guides de pratique

En 1979, l'OPQ confie à la Commission conjointe Ordre-Associations de pharmaciens le mandat de rédiger un guide de pratique de la pharmacie, qui est adopté en 1981. Le guide, élaboré avec la collaboration de l'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec (APPSQ), l'Association professionnelle des pharmaciens d'industrie du Québec (APPIQ), l'AQPP et l'A.P.E.S., est inspiré des *Standards of Practice for the Profession of Pharmacy* produits par l'American Association of Colleges of Pharmacy et l'American Pharmaceutical Association. En plus d'informer le public, le guide sert d'autoévaluation au pharmacien afin qu'il compare sa pratique à celle qui y est décrite dans le but de l'améliorer, s'il y a lieu⁹⁸. S'adressant aux pharmaciens de tous les milieux, le guide contient neuf sections portant autant sur la sélection des médicaments, la préparation et l'exécution des ordonnances que sur le contrôle de l'utilisation des médicaments. Clairement orienté vers la pharmacie clinique, ce guide, bien qu'il ne se prononce pas sur les effectifs nécessaires dans un service de pharmacie, incite fortement les pharmaciens à mettre sur pied des activités cliniques, notamment les conseils aux patients, l'évaluation du dossier, l'histoire médicamenteuse et la revue d'utilisation des médicaments. Ainsi, outre les services de distribution, les établissements de santé sont appelés à prévoir l'implantation de services et d'activités cliniques.

Afin de soutenir l'évaluation de la pratique pharmaceutique, l'AHQ forme, en 1989, un comité consultatif sur l'appréciation de la qualité et la gestion des risques dans les services pharmaceutiques. Ce comité, composé notamment des pharmaciens Marc Desmarais, Reynald Tremblay et Pierre Ducharme, produit le guide *Les erreurs médicamenteuses, une responsabilité partagée*⁹⁹.

En 1990, la SCPH publie le document *La pharmacie clinique et vous*, ouvrage dans lequel sont établis quatre niveaux de soins qui servent de base à l'organisation des soins pharmaceutiques préconisée par l'OPQ dans son *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, publié en 1994. L'outil de pratique développé par l'OPQ, à l'initiative de l'A.P.E.S., permet aux centres hospitaliers d'établir des programmes de soins pharmaceutiques adaptés aux besoins de leur clientèle. Le programme tel que décrit dans le guide de l'OPQ comprend quatre niveaux

de soins, soit l'établissement d'un programme de révision de toutes les ordonnances, le monitoring sélectif de la pharmacothérapie, le monitoring intégral de la pharmacothérapie et le monitoring décentralisé concomitant, c.à-d. soins pharmaceutiques proprement dits. Au moment où le guide est publié, la plupart des centres hospitaliers offrent un programme de niveau I et certains de niveau II, alors que le niveau IV demeure l'objectif à atteindre. Le niveau I constitue le minimum à offrir et consiste à assurer les services de distribution. Le niveau II permet seulement d'offrir un monitoring aux usagers répondant à certains critères, alors que le niveau III « permet de garantir à toute la clientèle du centre hospitalier, indépendamment de paramètres tels l'âge ou la condition clinique, un monitoring pharmacothérapeutique de qualité constante. L'atteinte de cet objectif nécessite des effectifs professionnels plus importants, qui favorise un meilleur rapport coût/bénéfice de l'utilisation des médicaments. » Au niveau IV, le pharmacien « intervient de façon proactive dans le programme de soins offerts aux usagers du centre hospitalier¹⁰⁰ ». Il est notamment présent dans les unités de soins et est intégré à l'équipe de soins pour partager son expertise en pharmacothérapie.

Le guide se prononce aussi sur les ratios de pharmaciens nécessaires dans les établissements. Jugeant que l'utilisation des normes traditionnelles calculant les besoins en fonction du nombre de lits est désuète, le guide suggère de recourir au système canadien de mesure du travail pour les pharmacies d'hôpital, produit par le ministère fédéral de la Santé en 1985. Ainsi, il faudrait un pharmacien par 30 lits de soins aigus, un pharmacien par 60-100 lits de soins de longue durée et un pharmacien par 15 lits de soins surspécialisés. Le rapport pharmacien-assistant technique doit aussi être de un pour un¹⁰¹.

Outre ce guide, l'OPQ publie aussi, en 1993, un *Guide sur les services pharmaceutiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, en 1995, un *Guide sur les services pharmaceutiques en centre local de services communautaires* et, en 1997, un *Guide sur les services pharmaceutiques dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*.

L'AHQ publie en mai 2004 un premier rapport comportant l'analyse et les recommandations de la pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec¹⁰².

Ce rapport, issu d'un comité de travail mixte de l'AHQ comprenant des directeurs des services professionnels et des chefs de département de pharmacie, présente la pratique pharmaceutique en établissement, les avantages d'une pratique pharmaceutique bien organisée, le point sur la pénurie de ressources humaines en pharmacie, les aspects normatifs de la pratique, la modernisation des outils et des lieux de travail et les recommandations du groupe de travail. Ce rapport a fait l'objet d'une diffusion auprès des directions générales des établissements de santé et des départements de pharmacie du Québec. Bussièrès et Lefebvre ont publié un suivi à la publication de ce rapport en 2005¹⁰³. Ce rapport, qui n'a pas de caractère normatif, a tout de même contribué à attirer l'attention des décideurs sur les différents problèmes auxquels sont confrontés les pharmaciens d'établissements et leur personnel technique.

L'application du projet de loi 90 et surtout la modification à l'article 17 de la *Loi de pharmacie*, qui reconnaît de nouveaux rôles aux pharmaciens liés aux soins et services pharmaceutiques, marquent un point tournant dans la pratique pharmaceutique. Les guides produits par l'OPQ deviennent désuets à la suite de ces changements législatifs importants et amènent une révision complète axée sur les soins pharmaceutiques. En 2003, l'A.P.E.S. demande alors une révision des guides de soins et services pharmaceutiques applicables à la pratique en établissement de santé (CH, CHSLD), étant donné l'évolution de la pratique¹⁰⁴. L'ordre publie un nouveau *Guide des soins et services pharmaceutiques* en ligne en mai 2007, remplaçant le guide publié dans les années 1990. Le guide de pratique offre une description pratique de chacun des sept rôles encadrant l'exercice de la profession, soit de fournir des soins pharmaceutiques, de fournir les renseignements pertinents, de promouvoir la santé, d'enseigner, de réaliser des activités de recherche, de gérer les médicaments et d'appliquer les principes de gestion. Il fournit des outils, des liens et des références simples, clairs et faciles à consulter, de même qu'une description de l'environnement légal et du contexte organisationnel nécessaires à l'exercice de ces rôles.

Chacune des sections comporte une introduction, une description des rôles, un cadre de pratique, le contexte organisationnel, les habiletés visées, des applications pratiques et des liens et des références.

Outre ce guide destiné à différents milieux de pratique, l'OPQ publie plusieurs guides de pratique au fil des années afin d'encadrer des activités spécifiques, notamment un guide sur la substitution en 1994, un guide pratique de la communication pharmacien-patient en 1998, un guide sur la gestion des substances contrôlées en pharmacie communautaire et un autre en établissement de santé en 2001, un guide sur la prévention des erreurs médicamenteuses en pharmacie en 2001, un guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la *Loi sur la pharmacie* en 2004, et un guide sur la rédaction et l'approbation de règles d'utilisation de médicaments en établissement de santé en 2007. Avec la publication des chapitres 795 et 797 de la *United States Pharmacopeia* en 2007-2008, l'ordre met en place un comité sur les préparations magistrales stériles et non stériles en 2006, afin de procéder à la mise à jour de sa norme sur les préparations stériles (norme 95.01) et de rédiger une première norme sur les préparations non stériles. Dans l'attente de ces nouvelles normes, un document sur les conditions requises pour la préparation de produits stériles en pharmacie est publié en 2010. À la lumière du cadre normatif existant, le comité d'inspection recommande la fermeture temporaire de quelques salles de préparations stériles en établissement de santé, en attente de la mise à niveau des infrastructures et des pratiques, lorsque requis.

Enfin, l'ordre publie, en décembre 2010, de nouveaux standards de pratique préparés par la Direction des services professionnels¹⁰⁵. Le document comporte trois dimensions, soit le maintien de la compétence et le développement professionnel (15 standards), l'expertise en thérapie médicamenteuse et usage rationnel des médicaments (19 standards) et la qualité et la sécurité des soins et services pharmaceutiques (6 standards).

- 1 Piché S. *Histoire de la spécialisation médicale au Québec: le cas de la naissance de l'hématologie à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1920-1960*. M.A. Histoire, Université du Québec à Montréal, 1999.
- 2 Francke DE, Latiolais CJ, Francke GN, Ho NFH. *Mirror to Hospital Pharmacy: A Report of the Audit of Pharmaceutical Services in Hospitals*. Washington, DC : American Society of Hospital Pharmacists ; 1964.
- 3 Higby G. American Pharmacy in the Twentieth Century. *Am J of Health-Syst Pharm* 1997 (August 15); 54: 1811; Harris RR, McConnell WE. The American Society of Hospital Pharmacists : A History. *Am J Hosp Pharm* 1993 (June); 50 (Suppl.2): S23-25.
- 4 Voir le chapitre 2 pour une recension plus détaillée de l'agrément avant les années 1950.
- 5 Archives personnelles de Paule Benfante. *Journal L'Équipe de l'hôpital Notre-Dame*, 1983.
- 6 Il a été impossible de retracer les premières normes de l'organisme sur les services de pharmacie. Les normes publiées en 1967 sont les plus anciennes retracées dans les archives consultées. Archives personnelles de Yves Gariépy. Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux. *Compendium des guides pour l'accréditation des hôpitaux*. La pharmacie, 1967.
- 7 La *Loi des hôpitaux* constitue en quelque sorte la première étape de la nationalisation des hôpitaux. Son implantation, facilitée par les scandales dans la gestion des hôpitaux Jean-Talon et Fleury, vise entre autres à assurer le partage des pouvoirs et responsabilités entre les médecins et administrateurs dans les hôpitaux. Cette loi prévoit la création de conseils d'administration et reconnaît l'existence des Conseils des médecins et dentistes (CMD) à titre d'entité distincte de l'administration. Elle autorise aussi la présence d'un représentant du CMD au conseil d'administration, ainsi que la présence du directeur général aux réunions de l'exécutif du CMD. Ces dispositions mécontentent les deux parties, et une lutte de pouvoir s'engage entre médecins et administrateurs tout au long de la décennie. Voir à ce sujet Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée: 1921-2006*. Québec: Presses de l'Université Laval, 2008, p. 99.
- 8 François Rousseau mentionne que ce retard est attribuable aux négociations difficiles avec l'AHQ et le Collège des médecins. Voir Rousseau F. *La Croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec. II: 1892-1989*. Sillery: Septentrion, 1994, p. 344.
- 9 Ce comité est formé du D^r Georges Filteau, président du Collège des pharmaciens, Gilles Caron, consultant en pharmacie à la Commission des normes hospitalières de l'assurance hospitalisation, sœur Marie du Christ-Roi, pharmacienne à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi, Louis-Philippe Joly, pharmacien à l'Hôpital St-Michel-Archange, sœur Paulin du Sacré-Cœur, pharmacienne à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, Jean Thibault, pharmacien à l'Hôpital St-Vincent de Paul de Sherbrooke, Camille Lefebvre, pharmacien à l'Hôpital St-Joseph de Lachine et Yolande Legault, pharmacienne à l'Hôpital général juif de Montréal. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Lettre de Raymonde Ferland, assistante-secrétaire de l'APHPQ, à Yolande Legault, présidente de la SCPH, branche de Québec, concernant la formation du comité des normes du service d'assurance-hospitalisation; Lettre de Raymonde Ferland, assistante-secrétaire de l'APHPQ, à Yolande Legault, présidente de la branche québécoise de la SCPH, lui annonçant sa nomination à titre de représentante des hôpitaux anglais au comité consultatif sur les normes en pharmacie, 14 juin 1962; Boîte 8 – APHPQ. Assemblées générales 1961-1965. Entrevue avec le Docteur Gélinas, médecin à l'assurance hospitalisation de la province de Québec, 5 juin 1962.
- 10 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Rapport de l'entrevue avec le Collège des pharmaciens de la province de Québec, 24 juillet 1962.
- 11 Il faut rappeler qu'il est fréquent à l'époque que la responsabilité administrative du service de pharmacie soit confiée à une religieuse, alors que le pharmacien prend en charge les fonctions professionnelles, dont la préparation des médicaments. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. PV APHPQ et SPPH 1961-1969. Activités du terme 1962-1963 de l'APHPQ; APHPQ. *Mémoire en regard des pharmaciens d'hôpitaux et des services pharmaceutiques dans le plan de l'assurance hospitalisation du Québec*, 26 février 1965.
- 12 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 39. Mémoires SPPH. SPPH. *Mémoire préparé à l'intention des membres du comité d'étude des professions auxiliaires de la santé (document de travail)*, 7 avril 1969.
- 13 Règlements de la loi des hôpitaux concernant la pharmacie, article 296. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (mai); 1 (2): 2.
- 14 Règlements de la loi des hôpitaux concernant la pharmacie, article 297. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (mai); 1 (2): 2.
- 15 Comité de la santé mentale. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Annexe 1: 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996*. Québec: MSSS, 1997, p. 14.
- 16 Archives personnelles – Yves Gariépy. Bouvier S. Lettre aux chefs pharmaciens des hôpitaux psychiatriques – adressée à Guy Varin, chef pharmacien – Hôpital St-Jean-de-Dieu, 15 janvier 1968; Comité consultatif sur la pharmacie hospitalière en milieu psychiatrique. Normes pharmaceutiques. Annexe A. 270368. Avril 1968.
- 17 Guy Varin, pharmacien à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, en était le président, et Yves Gariépy, pharmacien à l'Hôpital de Baie-St-Paul, secrétaire. Dans les années qui suivent, Germain Legault a aussi été président du groupe. Notes personnelles – Yves Gariépy, avril 2010.
- 18 En plus d'élaborer des normes sur le personnel, les locaux et les équipements des services de pharmacie en milieu psychiatrique, le comité énonce les responsabilités administratives et professionnelles du pharmacien et identifie onze comités hospitaliers où la présence du pharmacien est requise (bureau médical, comité de pharmacothérapie, comité de prévention des infections, comité de recherche, comité des mesures d'urgence, comité d'appréciation des actes médicaux, comité de l'enseignement, comité de sécurité, comité de relations interdépartementales, comité des soins infirmiers et comité de régie).
- 19 Notes personnelles – Pierre Ducharme, avril 2010.
- 20 Notes personnelles – Yves Gariépy, avril 2010.
- 21 Lavallée G. Comité consultatif sur la pharmacie hospitalière en milieu psychiatrique (CCPHMP). *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979; 12 (6); 4.
- 22 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 – Dossier APHPQ. *Mémoire présenté par l'APHPQ en regard des pharmaciens d'hôpitaux et des services pharmaceutiques dans le plan de l'assurance hospitalisation du Québec*, 26 février 1965; Boîte 8. Dossier APHPQ. APHPQ. *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, avril 1967.
- 23 Le chapitre 48 et son règlement. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1973 (Août); 6 (5): 1-5.
- 24 *Loi sur la pharmacie*. L.Q., chap. 51, 1973, art. 18.
- 25 Ce comité est formé de Jacques Séguin, Claude Guyot, Paule Benfante, Luc Rondeau ainsi que de deux conseillers techniques, Gilles Caron, du SAH, et Denise Chevalier, professeure à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Voir Archives personnelles – Yves Gariépy. Notes de la première réunion du comité des normes de la SPPH, 3 mars 1969.

- 26 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. SPPH. Correspondance 1970.
- 27 Outre cette directive, les normes portent principalement sur la distribution des médicaments et les responsabilités administratives et professionnelles du chef de service. Archives personnelles – Yves Gariépy. MAS. *Normes et pratiques de gestion des établissements de santé et de services sociaux*. Norme du Service de pharmacie des centres hospitaliers (51-00-01 (31) CH, 1^{er} janvier 1974.
- 28 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. *Projet. Révision des « Normes du service de pharmacie dans les centres hospitaliers »*. s.d.; Le Conseil vous informe. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (février); 14 (1): 2. Le Conseil vous informe. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (février); 14 (1): 2.
- 29 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29 – Comité consultatif. Compte-rendu de la première réunion du CCP, 26 mai 1977.
- 30 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 39. Dossier projet de loi 27. Mémoires A.P.E.S. *Mémoire de l'A.P.E.S. présenté à la Commission permanente des Affaires sociales sur le projet de loi 27*, décembre 1981, p. 11.
- 31 Ibid.
- 32 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. A.P.E.S. *Mémoire sur le projet de loi 27 (annexe I)*. Décembre 1981.
- 33 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 39. Dossier Projet de loi 27 – Mémoires. *Mémoire de l'OPQ présenté aux membres de la Commission permanente des Affaires sociales sur le projet de loi no 27*, 9 décembre 1981, p. 12.
- 34 Art. 49 et 51. Projet de loi 27. *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Assemblée nationale du Québec. 32^e législature, 3^e session. 19 décembre 1981.
- 35 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier Projet de réglementation en vertu de la loi 27. A.P.E.S. *Mémoire présenté à la Commission permanente des Affaires sociales concernant le projet de règlement en vertu de la loi 27, Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux*, octobre 1983, p. 5.
- 36 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier 1981-1991. Dossier n° 33, août 1985.
- 37 Leblanc R. La réglementation: une étape cruciale. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1984 (Juillet); 17 (4): 1.
- 38 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier 1981-1991. Dossier n° 21, juin 1984. Règlements de la Loi 27.
- 39 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier Projet de réglementation en vertu de la loi 27. A.P.E.S. *Mémoire présenté à la Commission permanente des Affaires sociales concernant le projet de règlement en vertu de la loi 27, Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux*, octobre 1983, p. 7.
- 40 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier Projet de réglementation en vertu de la loi 27. A.P.E.S. *Mémoire présenté à la Commission permanente des Affaires sociales concernant le projet de règlement en vertu de la loi 27, Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux*, octobre 1983.
- 41 Archives de l'A.P.E.S. Comité de négociation 1986-1987. Sondage A.P.E.S. – Comité de négociation, 12 mars 1987.
- 42 *Mémoire de l'OPQ relativement au projet de loi n° 120*, janvier 1991.
- 43 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier 1981-1991. Dossier n° 55, mars 1991. *Mémoire de l'A.P.E.S. relativement au projet de loi n° 120*, janvier 1991.
- 44 Lepage-Savary D. Compte-rendu de la tournée de la présidente 1992-1993. *Pharmactuel* 1993 (mai-juin); 26 (3): 88.
- 45 Létourneau R. Organisation du département clinique de pharmacie. *Pharmactuel* 1993 (novembre-décembre); 26 (6): 224.
- 46 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. *Commentaires de l'Association des pharmaciens des établissements de santé sur les services pharmaceutiques. Guide d'agrément des hôpitaux 1977 du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux*. Avril 1977.
- 47 Archives de l'A.P.E.S. Comité d'appréciation de la qualité 1986 et avant. Normes du CCAH. Les services pharmaceutiques, janvier 1983.
- 48 Scrivens E. « Accreditation and the regulation of quality in health » services in Saltmann RB, Busse R, Mossialos E, (ed.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Philadelphia: Open University Press, 2002, p. 91-105.
- 49 *Site d'Agrément Canada* [en ligne]: www.accreditation-canada.ca (page consultée le 24 novembre 2008).
- 50 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement pour 2007-2008. *Pharmactuel* 2009 (Janvier-février); 42 (1): 54.
- 51 MAS. Circulaire 10-00-10 – Le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, 28 juillet 1978.
- 52 MSSS. Circulaire-Agrément obligatoire pour tout établissement de santé, 12 octobre 2005.
- 53 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, 1994.
- 54 *Site de la SCPH* (cité le 1^{er} janvier 2007) [en ligne]: http://www.cshp.ca/aboutUs/history_e.asp (page consultée le 7 janvier 2008).
- 55 AUM. Fonds E63. PV de la première réunion du comité de résidence en pharmacie d'hôpital tenue au CH Royal Victoria, 12 avril 1977.
- 56 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Comité de résidence en pharmacie d'hôpital – Université Laval. *Programme de résidence en pharmacie d'hôpital*, septembre 1978.
- 57 Conseil canadien de la résidence en pharmacie d'hôpital. Normes d'agrément. 2010. *Site de la SCPH*. [en ligne]: <http://www.cshp.ca/programs/residencytraining/FRENCH - 2010 CHPRB Accreditation Standards.pdf> (site visité le 21 septembre 2011).
- 58 Bussièrès JF, De Villers F. L'approche par programme: impact sur les départements de pharmacie. *Pharmactuel* 1998 (mars-avril); 31 (2): 7-12.
- 59 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement pour 2007-2008..., p. 53.
- 60 Archives de la SCPH. *Statement of guiding principles on ways and means to provide extended hours of pharmacy services in hospitals*, Août 1966.
- 61 Archives de Yves Gariépy. Lettre de Jean-Paul Marcoux, sous-ministre adjoint au ministère de la Santé, service de l'assurance hospitalisation, à Dolorès Girard, directrice générale de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, concernant le service de garde en pharmacie, 29 juin 1970.
- 62 À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, un service ouvert en tout temps fut implanté en 1972; il devait se maintenir environ 10 ans. Communication verbale – Réal Paquette, pharmacien à l'HMR à l'époque.
- 63 À l'Hôpital Notre-Dame, un service ouvert en tout temps fut implanté en septembre 1973, et deux pharmaciens furent embauchés pour couvrir les périodes de 00 h à 8 h. On a mis fin à l'offre de service de nuit au début des années 1980. Communication écrite – Pierre Ducharme, pharmacien à l'Hôpital Notre-Dame à l'époque.
- 64 En 1970, la garde est assurée par trois pharmaciens, à tour de rôle, soit un licencié et deux bacheliers. Une tarification est prévue pour les périodes de garde. Archives de Yves Gariépy. Lettre de Clément

- Cliche, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital Laval, à Roger Leblanc, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, 31 mars 1970.
- 65 Au CHUL, un pharmacien assure la garde à distance de 18 h à 8 h avec téléavertisseur et est rémunéré à raison de 0,50 \$/heure. Archives de Yves Gariépy. Lettre de Guy Garon, directeur des services pharmaceutiques au CHUL, à Roger Leblanc, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, 16 mars 1970.
- 66 À l'Hôpital du Christ-Roi, un pharmacien assure la garde à distance de 22 h à 8 h 30 en semaine, de 20 h à 9 h le samedi et de 18 h à 12 h le dimanche. Archives de Yves Gariépy. Lettre de Matthieu Roberge, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital Christ-Roi, à Roger Leblanc, chef du Service de pharmacie à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, 13 mars 1970.
- 67 MAS. Normes et pratiques de gestion. 42-00-02 (75) CH. Rémunération et classification des pharmaciens employés à temps plein dans un centre hospitalier, en vigueur le 30 juillet 1976.
- 68 Leblanc R. Nécessité du pharmacien dans les centres d'accueil. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1976 (décembre); 9 (7): 1.
- 69 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. A.P.E.S. *Les services pharmaceutiques en centres d'accueil*. Décembre 1980.
- 70 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier Comité consultatif 1978. *Manuel des règles et procédés pour les services pharmaceutiques*. s.d.
- 71 Entretien avec Roger Leblanc – Été 2010.
- 72 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Direction de l'hébergement. *Implantation des services pharmaceutiques dans les centres d'accueil d'hébergement. Rapport synthèse d'une démarche d'évaluation*. Mars 1981, p. 1-2.
- 73 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossiers 1981-1991. Circulaire 1981-071. Les services de pharmacien en centre d'accueil d'hébergement, 5 octobre 1981.
- 74 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. A.P.E.S. *Les services pharmaceutiques en centres d'accueil*. Décembre 1980, p. 14-15.
- 75 Archives de l'A.P.E.S. Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux 1986. *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux par l'A.P.E.S. 2^e partie – Éléments de solution aux problèmes identifiés*, juin 1986.
- 76 Daoust F. Les pharmaciens dans les centres d'accueil, ces inconnus! *Pharmactuel* 1988 (janvier); 21 (1): 2.
- 77 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier 1981-1991. A.P.E.S. *Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec relativement au projet de loi n° 120 – Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, janvier 1991.
- 78 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 67. Dossier Conseil d'administration 28/04/1999. Groupe de travail sur le développement des soins pharmaceutiques en CHSLD de l'A.P.E.S. *Rapport relatif au questionnaire portant sur les modes de prestation des soins et services pharmaceutiques en CHSLD*. Avril 1999.
- 79 Rapporté dans Bergeron M. Le pharmacien de CLSC, mais que fait-il? *Pharmactuel* 1990 (mai-juin); 23 (3): 23.
- 80 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre local de services communautaires*, 1995, p. 1.
- 81 Alarie F, De Villers F. Y a-t-il un pharmacien dans le CLSC? *Pharmactuel* 1995 (janvier-février); 28 (1): 6.
- 82 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre local de services communautaires*, 1995, p. 16.
- 83 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. Réunion du 8 décembre 1995. *Position de l'A.P.E.S. sur les soins pharmaceutiques en CLSC*, novembre 1995, p. 15.
- 84 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16, Dossier du conseil d'administration, 25 mars 1996. *Questionnaire sur les services pharmaceutiques en CLSC – Rapport synthèse*, s.d.
- 85 Cité dans Robert P. Le rôle des membres du comité de l'inspection professionnelle. *Le pharmacien* 1976 (octobre): 6.
- 86 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1980. PV de la réunion du comité consultatif à l'inspection professionnelle, 12 août 1976.
- 87 Laberge D. Dans les établissements de santé l'inspection professionnelle. *Pharmactuel* 1981 (novembre); 14 (6).
- 88 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1980. Comité consultatif à l'inspection professionnelle. *Rapport préliminaire préparé à partir d'une consultation effectuée auprès des pharmaciens des centres hospitaliers*. Octobre 1976.
- 89 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. Lettre du président de l'OPQ, Jacques Gagnon, au président de l'A.P.E.S., Guy Garon, au sujet du rapport préliminaire du conseil consultatif à l'inspection professionnelle, 9 novembre 1976.
- 90 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. Comité d'inspection professionnelle. Rapport au bureau de l'Ordre, 18 octobre 1977, p. 6-7.
- 91 Dans ce rapport, l'A.P.E.S. réclame entre autres la rédaction obligatoire d'un rapport représentant fidèlement la situation à la suite d'une visite et l'envoi de ce rapport au supérieur immédiat et au directeur général, la préparation d'un cahier de directives opérationnelles précisant la fréquence et la durée des visites (tel que prévu au règlement déterminant la procédure du comité d'inspection professionnelle), la détermination d'une fréquence déterminée pour la visite, la consultation du dossier du bénéficiaire aux archives, une rencontre du comité d'inspection professionnelle avec tous les membres du service de pharmacie et l'addition d'un membre du milieu pour faire l'inspection. Voir Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. A.P.E.S. *Rapport concernant l'inspection professionnelle*. Février 1977.
- 92 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. Comité d'inspection professionnelle. Rapport au bureau de l'Ordre, 21 février 1978.
- 93 Laberge D. Dans les établissements de santé l'inspection professionnelle. *Pharmactuel* 1981 (novembre); 14 (6).
- 94 Après cette refonte, un pharmacien hospitalier, Robert Létourneau, occupe la présidence du comité d'inspection professionnelle pendant plusieurs années.
- 95 À noter qu'à la même époque, l'équipe de visiteurs du CCAH était composée d'un médecin, d'une infirmière et d'un administrateur, alors que les pharmaciens en étaient exclus. En conséquence, les évaluations du service de pharmacie reflétaient les préoccupations et les points de vue de ces visiteurs.
- 96 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 69. Courrier et correspondance de la directrice générale 2003. Lettre de la directrice générale de l'A.P.E.S., Manon Lambert, à Pierre Ducharme, secrétaire général de l'OPQ concernant l'inspection professionnelle dans une situation de crise grave d'effectifs, 11 novembre 2003.
- 97 Balises pour élaborer un plan d'urgence en pharmacie d'établissement. *Site de l'Ordre des pharmaciens du Québec* [en ligne]: http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/plan_urgence.pdf (page consultée le 5 décembre 2010).
- 98 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux 1986. OPQ. *Guide de pratique*, septembre 1981.
- 99 Notes personnelles – Pierre Ducharme, décembre 2010.

- 100 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, 1994, p. 14-15.
- 101 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, 1994, p. 15.
- 102 AHQ. *La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé: analyse et recommandations*. Mai 2004.
- 103 Bussières JF, Lefebvre P. *La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé: six mois après la publication du rapport de l'AHQ*. 9 pages.
- 104 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 69. Conseil d'administration du 5 septembre 2003. Lettre de Jean-Yves Julien, président de l'OPQ, à Linda Vaillant, présidente de l'A.P.E.S., sur les normes de pratique en établissement de santé, 12 août 2003.
- 105 Standards de pratique. *Site de l'OPQ* [en ligne]: http://www.opq.org/fr/media/docs/2982_standards-pratique_opq_web.pdf (page consultée le 19 février 2011).