
CHAPITRE 7



*Survol des effectifs
pharmaceutiques*

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, la pharmacie hospitalière demeure un secteur très peu règlementé où l'on retrouve principalement des religieuses non diplômées, des diplômés sans licence du Collège des pharmaciens, et des pharmaciens ayant obtenu leur diplôme en pharmacie à l'extérieur du Québec qui côtoient des pharmaciens licenciés formés principalement pour l'exercice en milieu hospitalier. Alors que pendant plusieurs années les efforts sont concentrés principalement sur la nécessité d'accroître la présence de pharmaciens licenciés dans les services de pharmacie, l'arrivée du concept de pharmacie clinique met en évidence la nécessité d'accroître la proportion de pharmaciens qualifiés spécifiquement pour la pratique en établissement de santé afin de valoriser le rôle professionnel des pharmaciens. En outre, cette transition doit pouvoir compter sur l'apport d'un personnel de soutien qualifié dont les tâches sont appelées à croître et à se complexifier au fur et à mesure que les pharmaciens délaissent les tâches techniques au profit des tâches cliniques.

Même si le nombre de pharmaciens augmente régulièrement dans les établissements de santé depuis le début des années 1960, les effectifs demeurent inférieurs aux besoins de la profession. Les effectifs toujours inférieurs aux normes prescrites ne suffisent pas à assurer une transition du rôle technique du pharmacien, centré sur la distribution des médicaments, vers un rôle clinique. De plus, l'augmentation des effectifs se fait inégalement selon les régions et les types d'établissements. Ainsi, lorsque le secteur pharmaceutique entier connaît une pénurie à la fin des années 1990, le milieu hospitalier, déjà vulnérable aux bouleversements, est gravement affecté et plonge dans une pénurie qui peine à se résorber. Dans ce contexte, le personnel technique est de plus en plus sollicité et des efforts supplémentaires sont faits pour accroître leurs qualifications afin de leur déléguer des tâches encore plus complexes.

Ce chapitre fait un survol de l'évolution des effectifs pharmaceutiques, autant professionnels que techniques, ainsi que des principaux enjeux qui ont marqué cette évolution depuis le début des années 1960.

LES PHARMACIENS D'HÔPITAUX : DES INTERVENANTS EN DEMANDE

La pharmacie aux pharmaciens (1960-1980)

Jusqu'au début des années 1980, de nombreux efforts sont consentis pour améliorer les conditions de travail dans les services de pharmacie afin d'y attirer un plus grand nombre de professionnels et de remplacer les intervenants qui ne possèdent pas toutes les qualifications nécessaires pour assurer une distribution sécuritaire des médicaments.

LA NÉCESSITÉ DU PHARMACIEN DANS LES HÔPITAUX

Au tournant des années 1960, les discussions se multiplient au Canada en vue d'implanter un régime universel de santé. Au Québec, la transformation se fait par étapes; la première est l'adoption de l'assurance hospitalisation en 1961, qui rend gratuits les soins dispensés à l'hôpital. Ce changement a pour effet d'augmenter les besoins en effectifs pharmaceutiques dans les hôpitaux de la province. L'évolution et la complexification de la thérapeutique médicamenteuse depuis l'après-guerre font aussi croître le besoin en pharmaciens dûment qualifiés. En outre, les importantes études publiées dans les années 1960, qui révèlent un taux d'erreurs médicamenteuses important dans les hôpitaux, sensibilisent les administrations au besoin d'embaucher des pharmaciens pour diminuer le risque d'erreurs. Les organismes d'agrément et les associations professionnelles de pharmaciens d'hôpitaux élaborent des normes fixant des balises pour cerner les besoins en effectifs pharmaceutiques afin d'assurer une distribution sécuritaire des médicaments. Ces normes établissent les besoins en effectifs à un pharmacien pour chaque tranche de 100 lits, un pharmacien par 100 ordonnances exécutées par jour dans les cliniques externes et un pharmacien pour chaque tranche de 250 lits dans les centres de soins de longue durée.

Au Québec, ces normes sont utilisées officieusement par le ministère de la Santé dans les années 1960. Ce n'est que lorsque les premières normes du ministère des Affaires sociales sont publiées en 1974 qu'elles sont officiellement

adoptées. Pendant cette période, les établissements de santé n'ont aucun incitatif autre que la volonté de se conformer aux exigences des organismes d'agrément, un exercice facultatif, afin d'augmenter le ratio de pharmaciens dans leurs rangs. Certains changements législatifs adoptés à partir de la fin des années 1960 contribuent cependant à rendre obligatoires certaines exigences. Les règlements de la *Loi des hôpitaux*, adoptés en 1969, stipulent que, dorénavant, un hôpital doit obligatoirement confier la direction du service de pharmacie à un pharmacien licencié. Ensuite, l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* en 1972 confirme que tout hôpital doit mettre sur pied un service de pharmacie. Ces éléments ont certes une influence sur la composition et l'évolution des effectifs pharmaceutiques jusqu'à la fin des années 1970.

UNE CROISSANCE LENTE MAIS CONSTANTE

Au début des années 1960, les pharmaciens d'hôpitaux représentent un groupe modeste dans le réseau hospitalier québécois. Seulement une quarantaine de pharmaciens licenciés sont enregistrés auprès du Collège des pharmaciens. Le recrutement de nouveaux pharmaciens est aussi difficile à l'époque, étant donné la réputation peu enviable de la pharmacie hospitalière. En effet, au début des années 1960, la pratique hospitalière jouit d'un prestige beaucoup moins reluisant que la pratique en milieu privé, qui procure un statut et des revenus plus intéressants, comme l'explique l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec (APHPQ) en 1965 :

À remarquer aussi que la pratique de la pharmacie d'hôpital n'a pas les attraits de la pratique de la pharmacie d'officine : ici, nous ne sommes pas notre propre patron, nous n'avons pas les revenus du pharmacien propriétaire et souvent du pharmacien à salaire d'officine. Tous ne peuvent pas s'adapter au milieu et à ses exigences, tant pour la pharmacie d'hôpital que pour la pharmacie d'officine, nous en convenons facilement. L'isolement et les exigences professionnelles du milieu hospitalier attirent moins les stagiaires et les pharmaciens que l'officine et l'industrie¹.

La non-reconnaissance des fonctions professionnelles et administratives des pharmaciens dans bon nombre d'hôpitaux, le non-respect des exigences des organismes d'agrément, les salaires inadéquats et l'insécurité liée à l'emploi en hôpital sont des éléments supplémentaires

qui font en sorte que les hôpitaux éprouvent des difficultés à recruter des pharmaciens. Tout au long des années 1960, l'APHPQ et la Société professionnelle des pharmaciens d'hôpitaux vont donc militer pour une revalorisation du travail des pharmaciens dans les hôpitaux et pour une bonification de leurs conditions de travail.

TABLEAU 41.

Liste officielle des pharmaciens de la province de Québec inscrits sur les registres du Collège et exerçant en hôpital, 1^{er} mars 1960.

April Rolande, Hôpital Ste-Jeanne d'Arc
Bagan Samuel, Hôpital général juif, Montréal
Beaudry Rock, St-Joseph de Rosemont
Bisson Jean Chas., Hôpital de Ste-Foy (en service)
Bourgeau Jacques D., Jewish Hospital of Hope
Brassard Antoinette, Hôpital St-Vallier de Chicoutimi
Caron Gilles, Hôpital Ste-Marie, Trois-Rivières
Castonguay Robert, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal
Cliche Clément, Hôpital Laval, Québec
de l'Étoile Marcel, Hôpital général de Verdun
Desaulniers Thérèse, Hôpital Maisonneuve
Duchesne Théo., Hôpital du Sacré-Cœur
Dufresne Michèle, Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc (en service)
Ferland Lise, Hôpital général de Montréal
Ferland Raymonde, Hôpital Jean-Talon
Fr. Alb. Marie Lapierre, Hôpital St-Augustin, Ancienne Lorette
Gaudette Fernand, Hôpital des Anciens Combattants et vétérans
Gesser Isidore, Hôpital Notre-Dame
Joly L.P., Hôpital St-Michel Archange, Québec
Joyal Lucie, Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc
Kinnear H.W., Hôpital Jeffery Hale
Leclerc Denise, Hôpital général, St-Lambert
Lefebvre Camille, Hôpital St-Joseph (en service)
Létourneau Geo., Hôpital des Anciens Combattants
London Jack, Hôpital Reine Élisabeth
Lortie Réal, Hôpital Maisonneuve
Moreau Réal, Hôpital St-Michel, Montréal
Pelland Guy, Hôpital St-Luc
Sédillot André, Hôpital de la Miséricorde
Senay Jacques, Hôpital St.Marys
Sr Agnès de Jésus, Hôtel-Dieu de Québec
Sr Agnès de Jésus, St-François d'Assise
Sr André du Christ, Hôpital de l'Enfant-Jésus
Sr Céline du Carmel, St-François d'Assise

Sr Imelda des Anges, St-Jean-de-Dieu
Sr Ladauversière, Hôtel-Dieu de Montréal
Sr Marie de la Croix, Hôtel-Dieu de Québec
Sr Marie de la Trinité, Ste-Jeanne-d'Arc
Sr Marie du Christ, Hôtel-Dieu de Chicoutimi
Sr Marie Médiatrice, Hôtel-Dieu de Québec
Sr Marie Résurrection, Hôpital du Sacré-Cœur
Sr Marie-Cyprien, Hôpital Sainte-Justine
Sr Paulin du Sacré-Cœur, Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières
Sr St Emma de Marie, Hôtel-Dieu de Sherbrooke
Sr St-Augustin, Hôtel-Dieu de St-Michel, Roberval
Sr St-Jean de la Croix, Hôpital de Lévis
Sr St-Marcel de Jésus, Hôtel-Dieu de Chicoutimi

Source : AUM, Fonds E63. 1865, 56-7-2-2. Correspondance générale 1943-1963.

Si l'APHPQ et la SPPH multiplient les interventions auprès du gouvernement, sans grand succès cependant, c'est plutôt la décision du Collège des pharmaciens d'appliquer intégralement l'article 21 de la *Loi de pharmacie* en 1967 qui constitue le véritable élément déclencheur dans l'amélioration des conditions de travail des pharmaciens d'hôpitaux. En effet, plusieurs pharmaciens d'officine offrent encore leurs services à temps partiel à des hôpitaux n'ayant pas recours à un pharmacien pour leur permettre de se conformer aux exigences législatives; ils signent les registres de narcotiques et complètent les commandes de médicaments. L'application intégrale de l'article 21 de la loi, en obligeant ces pharmaciens à demeurer présents en tout temps dans leur officine, réduit considérablement leur disponibilité auprès des hôpitaux qui doivent alors redoubler d'efforts pour recruter des pharmaciens afin de se conformer à la loi. Face à cette situation, le gouvernement québécois reconnaît la nécessité d'améliorer les conditions de travail des pharmaciens pour en attirer un plus grand nombre en milieu hospitalier. Dès 1968, les échelles de salaire des pharmaciens sont donc majorées et des avantages sociaux sont consentis pour rendre le secteur plus attrayant. L'amélioration des conditions de travail et des salaires se poursuit dans les années qui suivent et rendent le secteur plus compétitif face aux secteurs privé et industriel. En effet, en 1948 alors que le salaire moyen en hôpital se situe entre 150 et 200 \$ par mois pour des semaines de 60 heures de travail, le salaire annuel passe à environ 6500 \$ pour une semaine de 48 heures de travail en 1961, puis à 20 000 \$ pour une semaine de travail de 35 heures en 1975².

Ces facteurs ont une influence certaine sur la fluctuation des effectifs pharmaceutiques dans les hôpitaux jusqu'à la fin des années 1970. Si seulement une quarantaine de pharmaciens licenciés sont répertoriés dans les hôpitaux de la province en 1960, leur nombre passe à près de 200 à la fin de cette décennie³, et à 258 en 1973⁴. La composition hétérogène des services de pharmacie pendant cette période oblige cependant à nuancer ces données et permet de croire que les effectifs pharmaceutiques sont plus importants dans le réseau hospitalier à l'époque. D'abord, seuls les chefs de service sont tenus de s'inscrire aux registres du Collège des pharmaciens, étant donné qu'ils sont responsables de l'application des lois et règlements régissant la pratique. Ainsi, les registres officiels occultent la présence de pharmaciens non licenciés, soit des pharmaciens ayant obtenu leur diplôme à l'extérieur du Québec ou encore des diplômés n'ayant jamais postulé pour obtenir la licence en pharmacie⁵. Ces derniers sont embauchés en grand nombre dans les établissements de santé, notamment pour diminuer les dépenses associées aux salaires, leur échelle de traitement étant inférieure à celle des licenciés. Par ailleurs, la compilation des effectifs est compliquée par le fait que des pharmaciens peuvent pratiquer à temps plein dans un établissement et offrir tout de même leurs services à temps partiel dans d'autres hôpitaux.

Des pharmaciens à l'œuvre à l'Hôpital Laval vers 1975



Source : Archives de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec

Après 1973, le permis d'exercice devient obligatoire pour pratiquer la pharmacie et les catégories de pharmaciens non licenciés sont abolies des listes de personnel. Il devient donc plus facile de dresser un portrait précis des effectifs pharmaceutiques pour les années qui suivent.

Ainsi, la croissance des effectifs se poursuit jusqu'à la fin des années 1970 alors que 438 pharmaciens sont recensés dans les hôpitaux de la province en 1979. Il ne faut pas oublier, par ailleurs, qu'après l'adoption de la *Loi sur la pharmacie*, qui mettait fin au système d'apprentissage en abolissant la catégorie d'assistant pharmacien, les pharmaciens évoluant dans les hôpitaux sans licence en pharmacie se sont vu octroyer le permis d'exercice. Donc, l'augmentation notée n'est pas seulement attribuable à l'arrivée de nouveaux membres mais aussi à la modification de statut de personnes qui œuvraient déjà dans les services de pharmacie sans être comptées dans les statistiques. Même si les effectifs augmentent graduellement tout au long des années 1970, les services de pharmacie de la province connaissent tout de même un roulement

de personnel important. En effet, beaucoup de pharmaciens d'hôpitaux quittent le secteur pour se tourner vers la fonction publique ou le secteur privé.

Au moment où les besoins en personnel pharmaceutique augmentent, les services de pharmacie subissent une transformation importante au tournant des années 1970. En effet, les religieuses qui occupaient des postes clés dans les services de pharmacie quittent peu à peu leurs fonctions, et leurs postes doivent être comblés. Ces départs, en plus d'exercer des pressions sur les effectifs, posent aussi des défis sur le plan financier. Ainsi, des moyens doivent être mis en place pour assurer le remplacement de ces pharmaciennes au moindre coût possible.

Au début des années 1960, les religieuses sont encore présentes en grand nombre dans les services de pharmacie des hôpitaux, comme c'était le cas notamment à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1963.



Source : Archives des Sœurs de la Providence

DES RELIGIEUSES AUX LAÏQUES : DES MESURES DE REMPLACEMENT POUR COMBLER LES BESOINS

Si le nombre de pharmaciens augmente graduellement jusqu'à la fin des années 1970, il reste que la composition du groupe se transforme aussi pendant cette période, entre autres en raison du départ des religieuses. Tel qu'il a été vu précédemment, les religieuses occupent une place prépondérante dans les services de pharmacie du Québec dans la première moitié du XX^e siècle, que ce soit à titre de chef de service ou comme pharmacienne, licenciée ou non⁶. La baisse des effectifs dans les communautés reli-

gieuses féminines à la fin des années 1960 ouvre la porte des services de pharmacie hospitaliers aux pharmaciens laïques⁷. Influencés par les normes en vigueur voulant que la direction du service de pharmacie soit confiée à un pharmacien licencié et préoccupés par la nécessité d'offrir une prestation sécuritaire de services pharmaceutiques, de plus en plus d'établissements doivent combler les postes laissés vacants par le départ des religieuses. Bon nombre de licenciés en pharmacie obtiennent des postes dans les hôpitaux pendant cette décennie.

TABLEAU 42.

Liste non exhaustive des pharmaciens laïques embauchés dans les hôpitaux de la province dans les décennies 1960 et 1970

Années d'embauche	Noms des pharmaciens	Établissements d'attache
1960	Robert Castonguay	Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci
1961	Paul-André Chevalier	Hôpital Pierre-Le Gardeur
1961	Jean-Louis Marceau	Hôpital Notre-Dame de Beauce
1962	Guy Varin	Hôpital Louis-H. Lafontaine
1962	Thérèse Gingras	Hôpital de Saint-Eustache
1962	Guy Drolet	Hôtel-Dieu de Dolbeau
1963	André Bélanger	Hôpital Saint-Sacrement
1963	Théophile Duchesne	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
1963	Nathan Fox	Hôpital Royal Victoria
1963	Charlotte Paradis	Hôpital Saint-Joseph (Lac Mégantic)
1964	Roger Leblanc	Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières
1964	Georges Levesque	Hôtel-Dieu de Roberval
1964	Robert Carignan	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
1964	Maurice Nault	Hôpital Saint-Joseph de Maniwaki
1965	Édouard Pelletier	Institut de Cardiologie de Montréal
1965	Iréné Tessier	Hôpital d'Youville de Rouyn-Noranda
1966	Yves Courchesne	Hôtel-Dieu de Montréal
1966	Claude Guyot	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
1966	Jacqueline Couture Lamarche	Hôpital Charles LeMoine
1967	Yolande Legault	Hôpital Saint-Luc
1967	Denis Poirier	Hôpital Jeffery Hale
1967	Monique Prévost	Hôpital St.Mary's
1968	Pierre Nault	Hôpital Saint-Charles de Joliette
1968	Léandre Lippens	Hôtel-Dieu d'Amos
1968	Guy Garon	Centre hospitalier de l'Université Laval
1968	Carl Auger	Hôpital Sainte-Justine
1969	Georges Elliott	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
1969	Gilles Lavallée	Hôpital Rivière-des-Prairies
1969	Raymond Rouleau	Hôpital Fleurimont

Années d'embauche	Noms des pharmaciens	Établissements d'attache
1971	Donald Laberge	Hôtel-Dieu de Valleyfield
1971	Georges Nadon	Hôpital général de la région de l'Amiante
1972	Alick Torchinsky	Hôpital général juif de Montréal
1972	Christian Châteauneuf	Hôtel-Dieu de Québec
1972	Marcel Locas	Hôtel-Dieu de Hauterive
1974	Claire Dauphinais	Hôpital Grace Dart
1974	Pierre Lévesque	Hôtel-Dieu de Hauterive
1976	Richard Paradis	Hôpital Saint-François d'Assise
1978	Fernand Gaudette	Institut universitaire gériatrique de Montréal

Source : Fiches historiques. Site de l'A.P.E.S. [en ligne] : <http://apesquebec.org/fiches>

M. Nathan Fox, chef du Service de pharmacie de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal à compter de 1963.



Source : Archives de la SCPH

Comme les préoccupations financières demeurent toujours au cœur des prises de décision dans un contexte d'étatisation des hôpitaux, les solutions préconisées visent encore à combler les besoins en minimisant les coûts. Jusqu'en 1973, les dispositions législatives permettent toujours aux hôpitaux d'embaucher des pharmaciens non licenciés selon des échelles de salaire inférieures à celles prévues pour les licenciés. Ainsi, bon nombre de pharmaciens diplômés à l'extérieur du Québec et qui ne peuvent obtenir la licence en pharmacie et devenir propriétaires se tournent vers le milieu hospitalier⁸. Cette pratique est courante dans les hôpitaux anglophones et elle s'implante aussi dans les hôpitaux francophones pour combler les postes laissés vacants par les religieuses.

M. Maurice Grondin, pharmacien, à l'œuvre à l'Hôpital d'Argenteuil en 1964.



Source : Archives de la Direction générale du CSSS d'Argenteuil

D'autres établissements, particulièrement à l'extérieur des grands centres, peinent à recruter des pharmaciens et continuent à recourir à un pharmacien d'officine pour combler leurs besoins. Cette avenue est aussi une solution préconisée par la Commission Halle en 1964⁹ qui recommande « que les petits hôpitaux, surtout dans les collectivités rurales qui ont peine à engager un pharmacien à plein temps emploient un pharmacien à temps partiel qui sert collectivement quelques hôpitaux voisins ou qui allie la pharmacie de détail au travail hospitalier¹⁰ ». Par ailleurs, dans plusieurs régions, les pharmaciens sont surutilisés puisque le rapport pharmacien/population est nettement supérieur à la moyenne québécoise. Cette situation amène plusieurs hôpitaux à l'extérieur des grands centres à opter pour le recours aux pharmaciens d'officine, faute d'alternative. Par exemple, dans les années 1960, Léonce Lavoie à Hauterive, son frère Yvon Lavoie à Chandler, M. Joncas à Sept-Îles et M. Lajeunese à Maria y établissent des officines et occupent

simultanément le poste à temps partiel dans l'hôpital local¹¹. Dans la décennie suivante, le pharmacien Minville dessert l'hôpital de Murdochville; Marcel Desgagné, pharmacien propriétaire, obtient un poste à temps partiel à l'Hôpital de La Baie¹²; à l'ouverture de l'Hôpital d'Asbestos en 1973, la pharmacie prend la forme d'un dispensaire où travaillent un commis et une infirmière avec l'aide d'un pharmacien qui consacre deux demi-journées par semaine à ses visites à l'hôpital¹³. De plus, un système particulier est mis au point aux Îles-de-la-Madeleine avec une équipe de quatre pharmaciens, parmi lesquels on trouve Yves Gariépy et Pauline Ruel, qui assurent les services pour toute la clientèle, qu'elle soit hospitalisée, hébergée ou ambulante¹⁴. Bien qu'il soit plus fréquent de voir des pharmaciens d'officine dans les centres hospitaliers des régions du Québec, on recense aussi un cas plus près de Montréal, à l'Hôpital Lasalle, où le pharmacien propriétaire Alphonse Couture assure les services dans l'hôpital avec l'aide d'une employée, et ce, au début des années 1960¹⁵.

Ces pharmaciens sont recrutés par les hôpitaux, notamment pour signer les commandes de stupéfiants, tel que requis par la *Loi sur les stupéfiants*. Or, dans les années 1960, le gouvernement fédéral veut mettre fin à cette pratique qui faisait en sorte que la signature d'un même pharmacien se retrouvait dans les registres de commandes de stupéfiants pour deux établissements ayant deux adresses différentes, habituellement une adresse de pharmacie privée et une adresse d'hôpital. Sous la pression des autorités fédérales, pour qui le travail de traçabilité des stupéfiants est compliqué par une telle pratique, le Collège des pharmaciens tente de limiter cette pratique. Après l'intervention des pharmaciens qui œuvrent à temps partiel dans les hôpitaux, le Collège leur donne finalement raison.

La SPPH met d'ailleurs sur pied un service de placement pour faciliter l'embauche des pharmaciens par les établissements de santé. Les offres et les demandes d'emploi sont donc publiées dans le *Bulletin d'information officiel de la SPPH*. Ce service ne semble pas donner les résultats escomptés, puisque, encore au début des années 1970, certains hôpitaux ont toujours recours à des pharmaciens détaillants. L'A.P.E.S. intervient alors auprès de l'Association des hôpitaux de la province de Québec pour qu'une directive soit émise afin que l'expérience préalable du milieu hospitalier devienne un critère d'embauche des pharmaciens dans les hôpitaux¹⁶.

Outre les pharmaciens d'officine et les pharmaciens non licenciés, les hôpitaux ont aussi tendance à utiliser la main-d'œuvre étudiante pour combler leurs besoins d'effectifs. À compter de la fin des années 1950, le Collège des pharmaciens autorise les étudiants en pharmacie à compléter le stage requis pour l'obtention de la licence dans les hôpitaux. Ces étudiants sont par ailleurs rémunérés selon une échelle salariale spécifique, ce qui amène les établissements à les embaucher pour offrir des services pharmaceutiques à l'extérieur des heures d'ouverture. Cette situation est dénoncée par le comité d'étude des relations entre l'Université Laval, la Faculté de médecine et les hôpitaux d'enseignement dans les secteurs des diverses sciences de la santé autres que la médecine (Commission Bonneau) qui rapporte que « l'état des choses est d'autant plus déplorable à l'heure actuelle qu'on se contente, semble-t-il, de pallier le manque de pharmaciens en engageant des stagiaires étudiants – qui donnent au lieu de recevoir – et divers aides dont les titres sont loin d'être toujours satisfaisants¹⁷ ».

Ces solutions préconisées par les établissements ne permettent cependant pas de se conformer aux normes en vigueur depuis le milieu du XX^e siècle.

DES NORMES DIFFICILES À RESPECTER

Même si le nombre de pharmaciens augmente régulièrement dans les hôpitaux jusqu'à la fin des années 1970, les effectifs demeurent inférieurs aux normes en vigueur. Si un établissement doit compter un pharmacien pour chaque tranche de 100 lits, une enquête menée en 1973 démontre que les établissements de santé québécois comptent plutôt un pharmacien pour 145 lits dans les centres de soins de courte durée, un pharmacien pour 904 lits dans les centres de soins de longue durée et un pharmacien pour 792 lits dans les hôpitaux psychiatriques pour une moyenne, tout type d'établissements confondus, de un pharmacien pour 294 lits. L'auteure de l'étude estime par ailleurs qu'il faudrait 269 pharmaciens de plus dans les établissements de santé pour répondre aux normes en vigueur¹⁸.

Pourtant, le comité consultatif du Collège des pharmaciens constate en 1967 que le ratio réel dans les établissements est plutôt de un pharmacien pour 250 lits¹⁹. De plus, au début des années 1970, une étude réalisée dans une dizaine d'hôpitaux de la région de Québec démontre que

cette norme n'est pas respectée, ni même reconnue, dans les hôpitaux psychiatriques et les centres d'accueil. Dans les hôpitaux généraux, elle est respectée sauf lorsque le service de pharmacie dessert la clinique externe, dans lequel cas, la charge de travail supplémentaire n'est pas prise en compte²⁰. Enfin, la situation de la pharmacie hospitalière au Québec est fort semblable à celle du Canada. Les statistiques compilées par le ministère fédéral de la Santé en 1967 montrent que 152 hôpitaux sur 267 au Québec (57 %) ont des pharmaciens à leur service. En Ontario, le pourcentage est de 57 %, alors que la moyenne nationale se chiffre à 40 %²¹.

Les disparités entre établissements se trouvent aussi au plan régional. Alors que dans la région de Québec, on compte un pharmacien pour 97 lits dans les hôpitaux et un pharmacien pour 111 lits dans la région de Montréal, ces taux grimpent à un pour 156 lits dans la région de Trois-Rivières, un pour 176 lits dans la région du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie et sont considérablement plus élevés dans les régions du Saguenay-Lac St-Jean (1/190), des Cantons de l'Est (1/101), en Outaouais (1/195), dans le Nord-Ouest (1/215) et sur la Côte-Nord (1/215)²².

UNE RÉPARTITION INÉGALE DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le difficile recrutement de pharmaciens dans les hôpitaux fait en sorte que plusieurs établissements, notamment les centres hospitaliers de petite taille (moins de 100 lits) et ceux situés à l'extérieur des grands centres, sont toujours privés des services de pharmaciens jusque dans les années 1970. Une enquête réalisée par la SPPH en 1969 révèle que près de 25 % des hôpitaux de la province sont privés des services d'un pharmacien, licencié ou non²³. La situation demeure semblable tout au long des années 1970, puisque l'A.P.E.S. estime, en 1977, que plus du tiers (85 sur 215) des centres hospitaliers de la province sont complètement privés de la présence d'un pharmacien²⁴.

Cette réalité touche principalement les hôpitaux situés à l'extérieur des grands centres. Par exemple, en 1969, même si Montréal est la région comptant le plus grand nombre d'établissements privés de pharmaciens, soit 14 parmi les 78 recensés²⁵, la proportion d'établissements se trouvant dans la même situation est beaucoup plus grande dans les régions éloignées. Par exemple, 50 % des

établissements de la région du Bas-St-Laurent-Gaspésie (7 sur 14), près de 80 % des établissements en Outaouais (7 sur 9), le tiers des établissements (3 sur 9) du Nord-Ouest c.-à-d. l'Abitibi, et la moitié des établissements de la Côte-Nord évoluent sans ressources pharmaceutiques. La grande majorité de ces établissements (33 sur 46) sont des petits centres hospitaliers comptant 100 lits et moins²⁶.

Alors que les effectifs sont plus nombreux dans les grands hôpitaux (de plus de 500 lits) ou les hôpitaux universitaires, ce sont surtout les petits établissements qui peinent à recruter des pharmaciens. L'étude de la SPPH menée en 1969 révèle que la grande majorité des établissements n'ayant pas recours aux services d'un pharmacien (33 sur 46) sont des petits centres hospitaliers de 100 lits et moins. Souvent, ces établissements ne voient pas la nécessité de s'adjoindre les services d'un pharmacien. Par exemple, à la fin des années 1960, M. Yves Gariépy, apprenant que le Sanatorium St-Georges de Mont-Joli n'emploie aucun pharmacien, fait valoir les avantages pour l'établissement d'avoir recours à un pharmacien, ne serait-ce qu'au plan économique. Malgré cela, la direction se montre peu intéressée et répond : « Nous ne voyons pas de problème tellement important pour le moment en ce qui concerne notre pharmacie²⁷ ».

Selon une autre étude de la SPPH réalisée en juillet 1972, 87 établissements québécois n'ont qu'un seul pharmacien à leur emploi, et près de 50 % des établissements n'emploient pas de pharmaciens²⁸. Les effectifs sont aussi inégalement répartis entre les régions de la province, alors que les grands centres tels Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières sont favorisés²⁹. On compte en effet près de 1,7 pharmacien par hôpital à Montréal et à Québec, alors que le ratio oscille entre 0,7 et 1,2 dans les autres régions de la province. Malgré cela, aucune région ne répond aux normes de un pharmacien pour 100 lits dans les hôpitaux de soins de courte durée et de un pharmacien pour 250 lits pour les soins de longue durée. Conformément à ces normes, l'A.P.E.S. estime qu'il manquerait 66 pharmaciens dans les établissements de santé de la province en 1977³⁰.

TABLEAU 43.

Répartition des pharmaciens d'hôpitaux par région de la SPPH-A.P.E.S. en 1971 et 1975

Régions	1971	1975
1A (Montréal métropolitain)	166	182
1B (Hull, l'Assomption, Terrebonne)	20	19
2 (Québec, Portneuf, Charlevoix, Montmorency)	51	59
3 (Saguenay-Lac-St-Jean, Côte-Nord)	16	16
4 (Mauricie, La Tuque, Trois-Rivières, Joliette, Berthier, Champlain)	17	17
5 (Cantons de l'Est-Richelieu, Nicolet, Mégantic, Frontenac, Sherbrooke)	36	45
6 (Beauce, Gaspé, Lotbinière, Lévis)	26	24
Total	332	362

Source : Archives de l'A.P.E.S. Boîte 39. Mémoires SPPH. Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales par la SPPH, 3 février 1971.

TABLEAU 44.

Répartition géographique des pharmaciens œuvrant dans les établissements de santé en 1978

Régions	Temps complet	Temps partiel	Total
01 – Bas St-Laurent–Gaspésie	18	9	27
02 – Saguenay–Lac-St-Jean	15	0	15
03 – Québec	67	7	74
04 – Trois-Rivières	23	1	24
05 – Cantons de l'Est	23	4	27
06 a – Montréal, Île Jésus	195	13	208
06 b – Laurentides	8	1	9
06 c – Montréal–Rive-Sud	29	4	33
07 – Outaouais	9	4	13
08 – Nord-Ouest	12	1	13
09 – Côte-Nord	5	0	5
10 – Nouveau-Québec	2	0	2
Total	406	44	450

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

On note aussi un nombre insuffisant de pharmaciens en milieu psychiatrique. En 1970, Yves Gariépy et Jean-Yves Julien estiment les besoins à 75 pharmaciens dans ce secteur, alors que 15 pharmaciens y pratiquent³¹. Une étude réalisée par le ministère de l'Éducation et le ministère

des Affaires sociales en 1973 démontre qu'il y a « absence presque totale de services dans ces établissements³² ».

Alors que le nombre de pharmaciens augmente jusqu'au début des années 1980, les effectifs demeurent encore inférieurs aux normes prescrites pour permettre aux pharmaciens de contrôler la distribution des médicaments. Lorsque la pharmacie clinique fait une percée, l'écart entre les besoins et les effectifs réels s'agrandit, mais les pharmaciens d'établissements de santé éprouvent tout de même des difficultés à faire reconnaître cette réalité.

Entre pénurie et plein-emploi (1980-1995)

Dans les années 1970 et jusqu'au milieu des années 1990, les autorités gouvernementales estiment que le secteur pharmaceutique dans les établissements de santé vit une situation de plein-emploi, ce qui cache toutefois les difficultés des régions à l'extérieur des grands centres à recruter un nombre suffisant de pharmaciens. Or, la percée du concept de pharmacie clinique, qui ajoute de nouvelles tâches au curriculum du pharmacien dont le monitoring thérapeutique, la détection des réactions indésirables ou l'information pharmacothérapeutique, en plus des habituelles fonctions de distribution, vient accroître le besoin de main-d'œuvre dans les services de pharmacie. Les pharmaciens d'établissements de santé peinent cependant à faire reconnaître les besoins dans ce secteur, notamment en raison de l'absence de paramètres permettant de quantifier clairement le temps demandé pour chacune de ces nouvelles tâches.

Par ailleurs, l'utilisation de normes datant des années 1960, et qui laisse croire à une situation de plein-emploi, porte ombrage au fait que la présence de pharmaciens spécialisés dans la pratique hospitalière devient incontournable pour accroître le rôle clinique du pharmacien et lui permettre de répondre aux exigences légales qui en font le responsable du contrôle de la distribution des médicaments, mais aussi de leur utilisation.

LA PHARMACIE CLINIQUE ET L'ÉVALUATION DES BESOINS

La percée du concept de pharmacie clinique dans les hôpitaux signifie que de nouvelles pratiques sont intégrées au travail des pharmaciens, notamment le monitoring

pharmacothérapeutique, la surveillance des interactions médicamenteuses et des réactions indésirables, le calcul pharmacocinétique, les revues d'utilisation des médicaments, etc. Or, le nombre de pharmaciens présents dans les services de pharmacie des hôpitaux de la province, établi principalement pour réaliser les tâches reliées à la distribution des médicaments, s'avère insuffisant à la fin des années 1970 pour permettre aux pharmaciens de remplir leur rôle clinique.

L'A.P.E.S. met donc sur pied, en 1979, le comité d'évaluation et de planification des effectifs pour évaluer les besoins dans les établissements de santé. Au cours de ses travaux, le comité constate que des actes pharmaceutiques sont encore effectués par du personnel autre que les pharmaciens. Le manque de pharmaciens affecte donc la continuité de l'acte pharmaceutique, d'abord parce que les heures d'ouverture des services de pharmacie ne peuvent être étendues, puis parce que des services de garde adéquats ne peuvent être mis sur pied. De plus, des actes pharmaceutiques sont régulièrement posés par du personnel autre que les pharmaciens, notamment le personnel infirmier, sans oublier qu'un trop grand nombre d'erreurs sont provoquées par un système de distribution déficient. Le comité note aussi que beaucoup d'hôpitaux n'ont qu'un ou deux pharmaciens à leur service, et les hôpitaux des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie ont en moyenne 1,5 pharmacien pour desservir 224 lits³³.

Le comité d'évaluation et de planification de la main-d'œuvre conclut donc que le nombre de pharmaciens est insuffisant pour accomplir toutes les tâches relevant de leurs responsabilités. Le comité élabore alors une nouvelle norme pour quantifier la pénurie et déterminer les besoins puisqu'il considère que celle en vigueur depuis le milieu du XX^e siècle, qui prévoit qu'un pharmacien par 100 lits est suffisant, n'est plus adaptée aux exigences de la pratique. Pour ce faire, il utilise le nombre d'ordonnances par patients hospitalisés, ce qui reflète mieux les activités du pharmacien, et conclut que selon ces nouvelles balises, il y a une pénurie de 350 pharmaciens dans les établissements de santé du Québec (hôpitaux, centres d'accueil et d'hébergement et CLSC), ce qui empêche les pharmaciens d'assumer les responsabilités qui leur sont dévolues par la loi³⁴.

Le document publié par le comité d'évaluation des besoins en effectifs a des répercussions auprès de l'OPQ qui forme, en 1981, un comité *ad hoc* pour étudier la question des effectifs pharmaceutiques dans les centres hospitaliers³⁵. Ce comité constate qu'il « semble exister des déficiences quant à la continuité, la quantité et la qualité des services professionnels et techniques en pharmacie. » En effet, les heures d'ouverture restreintes et l'absence de système de garde rendent le contrôle de l'utilisation des médicaments difficile pour les pharmaciens. L'acte pharmaceutique est aussi souvent réalisé par d'autres intervenants. Le comité conclut que « le manque d'effectifs devient donc un obstacle à la rencontre du mandat du pharmacien³⁶ ».

Malgré ces constatations, le ministère des Affaires sociales considère plutôt que la pharmacie d'établissement de santé connaît une situation de plein-emploi, puisque les diplômés des programmes de 2^e cycle peinent à trouver des emplois dans le secteur. Même s'il envisage de continger les admissions dans ces programmes, le nombre de postes est maintenu à 30 jusqu'au milieu des années 1980, avant d'être porté à 46, ce qui est jugé insuffisant par les pharmaciens d'établissements de santé.

La difficulté à faire reconnaître les besoins auprès des autorités gouvernementales réside principalement dans l'absence de balises précises permettant de quantifier les besoins dans un contexte où le rôle clinique des pharmaciens est appelé à s'accroître. Cette lacune est aussi rencontrée à l'échelle canadienne. En 1981, la SCPH entreprend donc une étude en collaboration avec l'École de pharmacie de l'Université de Saskatchewan, et grâce à une subvention du gouvernement fédéral, pour déterminer et mesurer la charge de travail en pharmacie afin d'élaborer de nouvelles normes adaptées à l'évolution de la pratique. Le *Canadian Hospital Pharmacy Workload Measurement System* est basé sur la cueillette de données provenant de différents établissements du pays, dont l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Royal Victoria, pour permettre une analyse comparative des activités et des ressources pharmaceutiques en hôpital³⁷. L'étude qui devait se dérouler sur une période de deux ans est finalement publiée en 1986, mais les résultats demeurent controversés et non utilisés au Québec. En l'absence de normes spécifiques à la pharmacie hospitalière, l'OPQ adopte ses propres normes et rédige le *Guide de soins et services pharmaceutiques dans*

les établissements de santé publié en 1994. Dorénavant, les besoins d'effectifs sont établis à 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.

Outre l'élaboration de nouvelles normes pour mieux quantifier les besoins de la main-d'œuvre, certains pharmaciens d'hôpitaux considèrent plutôt qu'il faut enrichir les compétences des pharmaciens présents dans les hôpitaux pour que le virage clinique soit implanté dans les services de pharmacie.

L'EXPÉRIENCE OU LA FORMATION EN PHARMACIE D'HÔPITAL : UN PRÉREQUIS ?

Dès le début des années 1960, l'APHPQ milite pour que seuls des pharmaciens ayant une expérience en hôpital travaillent dans ce milieu. La première proposition en ce sens est faite afin d'éviter que des pharmaciens communautaires soient les principaux responsables de la préparation et de la distribution des médicaments dans les hôpitaux. L'Association souhaite plutôt qu'avant d'embaucher un pharmacien du secteur privé, l'établissement s'adresse d'abord au Collège des pharmaciens qui fera des recherches pour trouver un pharmacien d'hôpital pour combler le poste. Si le Collège n'y parvient pas, il pourra donner les autorisations nécessaires au pharmacien détaillant pour travailler à l'hôpital. La rareté de la main-d'œuvre ayant une expérience en hôpital fait cependant en sorte que le recours aux pharmaciens du secteur privé devient inévitable.

À l'aube des années 1980, les tâches des pharmaciens sont appelées à subir d'importants changements et à se diversifier. Certaines d'entre elles sont même reconnues et rendues obligatoires par la législation en vigueur. Même si les obligations et les responsabilités des pharmaciens d'hôpitaux augmentent, l'impact sur la tâche de travail tarde à être reconnu par les autorités administratives et gouvernementales. Tout au long des années 1980, les divergences d'interprétation au sujet des normes relatives aux besoins d'effectifs créent une situation de plein-emploi fictive : si le nombre de pharmaciens en centres hospitaliers augmente régulièrement, la progression ne répond pas aux besoins de la pratique et aux aspirations des pharmaciens des établissements de santé qui souhaitent créer des

postes de pharmaciens cliniciens pour répondre à la demande dans certains secteurs, dont l'oncologie ou la néonatalogie. L'émergence de la pharmacie clinique amène une décentralisation des pharmaciens au sein des unités de soins, puis des cliniques externes. Cette décentralisation et cette participation active du pharmacien à des activités cliniques ciblées, par exemple la pharmacocinétique, la pharmacovigilance, le suivi de la nutrition parentérale, la revue d'utilisation des médicaments ou encore les conseils aux patients font en sorte que les ajouts de ressources demeurent largement insuffisants pour soutenir la demande de services cliniques de pharmacie.

Par ailleurs, même si les effectifs pharmaceutiques augmentent régulièrement jusqu'à la fin des années 1980, pour passer de 430 en 1981 à plus de 900 en 1989, il reste que bon nombre de pharmaciens encore présents dans les établissements de santé à cette époque ne sont pas formés pour accomplir les tâches cliniques dévolues aux pharmaciens. Au début des années 1980, les discussions se multiplient entre pharmaciens d'établissements de santé en vue de faire du DPH ou du CPH un critère d'embauche. La question suscite un débat parmi les membres de l'A.P.E.S., particulièrement lors d'une assemblée générale, en mars 1980, où le conseil d'administration présente une proposition visant à inclure dans l'entente de travail une clause privilégiant l'embauche de pharmaciens possédant un CPH ou un DPH. Après que les membres aient voté en grande majorité contre la proposition, Pierre Ducharme, pharmacien chef à la Cité de la Santé de Laval, s'interroge sur l'impact de cette décision :

Quelle logique y a-t-il en effet, à former des pharmaciens spécialisés dans la pratique de notre profession en milieu hospitalier, avec ce que cela implique d'efforts tant pour les universités que les hôpitaux de résidence, si nous-mêmes, pharmaciens, ne sommes pas prêts à reconnaître la pertinence de cette formation ? Comment croire qu'il y aura encore des candidats au diplôme, si les diplômés ne se trouvent pas d'emplois ? Bien sûr, on peut penser, comme du reste je le croyais moi-même au moment du vote, que la valeur et l'importance de cette formation en pharmacie d'hôpital s'imposent d'elles-mêmes et qu'il n'est nul besoin de mesures incitatives pour ce faire ; cependant, ceci reste du domaine des vœux pieux ; si nous voulons que les hôpitaux et le MAS croient à la valeur du

diplôme, il faut y croire nous-mêmes d'abord, y croire au point d'en faire une condition *sine qua non* d'embauche en établissement de santé³⁸.

Comme la proposition initiale de l'A.P.E.S. avait pour effet de limiter la mobilité des pharmaciens occupant un poste dans le réseau, mais non-détenteurs d'un DPH ou d'un CPH, l'A.P.E.S. reformule la proposition pour que l'expérience d'un pharmacien soit prise en compte à l'embauche, ce qui est accepté en mars 1981 par une large majorité.

Cette proposition de l'A.P.E.S. vise à accroître le nombre de pharmaciens ayant développé une expertise dans la pratique hospitalière, principalement parce que, au tournant des années 1980, les diplômés du programme de 2^e cycle en pharmacie hospitalière de l'Université de Montréal peinent à trouver des emplois dans la région de Montréal. De 1962 à 1984, 61% des diplômés du programme de 2^e cycle de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pratiquent dans le réseau hospitalier, alors que 83% des diplômés de l'École de pharmacie de l'Université Laval se trouvent un emploi dans le réseau hospitalier entre 1980 et 1985. Ces statistiques démontrent que l'évolution des tâches des pharmaciens d'hôpitaux a provoqué un resserrement des conditions d'embauche : « désormais, il est généralement admis que les détenteurs d'un baccalauréat en pharmacie ne possèdent pas toutes les connaissances nécessaires à l'accomplissement de chacune des tâches que l'on trouve dans un département de pharmacie d'un centre hospitalier³⁹ ».

Malgré cela, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal signale une pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé et fait valoir que le nombre d'étudiants formés au 2^e cycle est nettement insuffisant pour répondre à la demande. Après l'évaluation des besoins des hôpitaux à court et à long terme, le MSSS conclut qu'il manque, en 1984-1985, 99 pharmaciens à temps complet dans les établissements de santé de la province, soit 20% des effectifs environ. La demande est surtout importante dans les CHSLD et les centres psychiatriques. Constatant que les demandes au DPH surpassent la capacité d'accueil des deux universités, le MSSS consent à une augmentation des postes de résidence de 30 à 46 au milieu des années 1980 espérant combler la pénurie sur une période de dix ans⁴⁰.

LA SITUATION À L'EXTÉRIEUR DES GRANDS CENTRES

Au début des années 1980, les régions de Montréal et de Québec connaissent une situation de plein-emploi dans les départements de pharmacie, alors que certaines régions peinent à recruter suffisamment de pharmaciens pour répondre aux besoins d'effectifs. Comme le mentionne Jean-Claude Landry, chef du Département de pharmacie du Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs, en 1987, « si nous voguons allègrement vers une pénurie générale de pharmaciens dans les prochaines années, les régions périphériques du Québec sont à l'avant-garde ; il existe actuellement un manque d'effectifs pharmaciens dans les établissements de santé des régions éloignées⁴¹. »

Bon nombre d'hôpitaux à l'extérieur des grands centres n'emploient qu'un seul pharmacien, ce qui pose un problème pour les remplacements à l'occasion de congés fériés, de congés pour perfectionnement ou de congés de maternité. Certains hôpitaux ont d'ailleurs recours à du personnel infirmier pour effectuer les remplacements de congés temporaires ou de congés de maternité. En raison du manque de personnel, il est aussi difficile pour ces hôpitaux de respecter les termes de l'entente de travail de l'A.P.E.S., les pharmaciens étant contraints parfois de travailler trois fins de semaine consécutives. De plus, les hôpitaux des régions éloignées peinent à recruter des pharmaciens détenteurs d'un diplôme ou d'un certificat en pharmacie d'hôpital, ce qui force souvent l'embauche de pharmaciens bacheliers⁴².

Par exemple, l'Hôpital de l'Ungava est à la recherche d'un deuxième pharmacien depuis décembre 1986. En juillet 1987, aucun candidat n'est recruté, et l'hôpital risque de se retrouver sans pharmacien au 1^{er} septembre 1987 à cause du départ de la pharmacienne qui y travaillait depuis quatre ans. Ce seront alors les infirmières, les médecins et les autres professionnels qui seront appelés à fournir les services pharmaceutiques. La pharmacie de l'hôpital est la seule pharmacie à desservir sept villages de la région. La difficulté de recrutement réside particulièrement dans la rémunération que les pharmaciens jugent nettement inférieure à celle consentie aux autres professionnels de la santé en région. Le directeur général de l'établissement suggère au MSSS que des stages obligatoires en régions nordiques soient inclus à la formation des pharmaciens⁴³. Dans les régions

du Bas-St-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, les établissements publient des offres d'emploi pour combler des postes existants ou pour consolider l'équipe, mais aucune candidature ne leur parvient.

« Vous comprendrez que la situation devient de plus en plus alarmante pour toute notre région⁴⁴ », écrit le chef du Département de pharmacie du centre hospitalier Mgr Ross à Gaspé, Bernard Lemieux, qui demande à ce que des mesures incitatives soient prises pour faciliter le recrutement. On propose notamment la mise en place d'un plan de recrutement semblable à ce qui existe pour les médecins. En raison de cette pénurie régionale, l'A.P.E.S. s'entend avec le gouvernement pour offrir aux pharmaciens d'établissements des conditions de recrutement et de travail semblables aux autres professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'entente signée en septembre 1987⁴⁵.

En 1986, l'OPQ procède à l'analyse des effectifs pharmaceutiques de la province autant dans le domaine privé que public et émet des prévisions quant aux besoins anticipés d'effectifs pour les années à venir. Le rapport publié en 1987 prévoit une pénurie de pharmaciens au Québec, variable selon les régions, d'ici 1991 si aucune mesure n'est prise pour augmenter les effectifs⁴⁶. Ce rapport suscite de nombreux commentaires de tous les milieux concernés (étudiants en pharmacie, A.P.E.S., Office des professions, etc.) qui mettent en doute la méthodologie et les conclusions du rapport. L'AHQ dit rester « sur l'impression qu'il s'agit davantage d'un problème de répartition adéquate de la main-d'œuvre selon les secteurs d'activités et selon les régions (notions de pénurie structurelle) » et considère que les mesures proposées dont un zonage des établissements par territoire, l'augmentation des étudiants en pharmacie et l'émission plus importante de permis à des pharmaciens étrangers ne sont pas valables : « il faudrait être en possession d'informations indiquant que la situation est grave et qu'elle commande une action énergique. Or, les données présentées dans ce résumé parlent d'une situation de pénurie partielle sur un nombre limité d'années. Dans ce cas, faut-il recourir à des mesures qui, si alléchantes qu'elles soient, n'agissent souvent que cinq ou six ans après leur implantation⁴⁷ ? » L'Office des professions considère, pour sa part, « que la situation de la main-d'œuvre en pharmacie, pour les cinq prochaines années, ne semble pas dramatique⁴⁸ ».

Contrairement aux prévisions, les effectifs continuent d'augmenter dans les établissements de santé au début des années 1990 et grimpent jusqu'à 945 en 1996⁴⁹. Loin de montrer que les besoins sont comblés, cette hausse est surtout attribuable à la variation du nombre de pharmaciens dans des régions auparavant dépourvues de pharmaciens et qui ont rattrapé leur retard, ou des régions connaissant une forte croissance démographique (p. ex. : Laurentides, Terrebonne, Joliette, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Trois-Rivières, etc.).

Inégalement répartis et insuffisants pour leur permettre de se consacrer entièrement à leur rôle clinique, les effectifs pharmaceutiques sont vulnérables au moindre bouleversement. C'est pourquoi, lorsque les transformations dans le réseau de la santé surviennent au même moment où le concept de soins pharmaceutiques fait une percée, les éléments sont en place pour précipiter une pénurie de pharmaciens dans le milieu hospitalier.

LES EFFECTIFS PHARMACEUTIQUES AU CANADA

Au Canada, les établissements de santé signalent un déficit d'effectifs pharmaceutiques dès le milieu des années 1980. En effet, le nombre de gradués inférieur aux besoins d'effectifs, l'exode des pharmaciens d'établissements de santé vers d'autres secteurs, les salaires insatisfaisants et l'augmentation continue de la charge de travail sont autant d'éléments qui affectent le recrutement de nouveaux candidats. Ainsi, 24% des sondés à l'enquête Lilly sur la pharmacie hospitalière⁵⁰ en 1986-1987 disent compter au moins un poste vacant. Au Québec, les sondés notent même une augmentation de ces postes l'année suivante⁵¹. En 1990-1991, le nombre moyen d'équivalents temps plein par établissement est inférieur au Québec par rapport au reste du Canada, soit 7,5 contre 9,17. Bien que le nombre de postes vacants soit plus faible au Québec, la durée de la vacance est plus longue qu'au Canada (en moyenne 114 jours), et 66% des sondés de la province y voient là une problématique importante⁵².

Les contraintes financières imposées aux hôpitaux canadiens au début des années 1990 ont contribué à stabiliser le taux de croissance du personnel des pharmacies hospitalières. Alors qu'un plus grand nombre

de postes administratifs sont abolis, les effectifs dans les services de pharmacie augmentent tout de même encore en 1992 en raison de l'expansion des services de distribution unitaire, de la réalisation de revues d'utilisation des médicaments et de la mise en place de programmes cliniques qui ont pour objet d'améliorer les résultats thérapeutiques chez les patients⁵³. Dès l'année suivante, par contre, une diminution des effectifs est perceptible, surtout dans les hôpitaux de plus de 500 lits et les centres hospitaliers universitaires (CHU), près de la moitié des CHU signalant avoir au moins un poste vacant en 1994⁵⁴.

Une pénurie récurrente

À compter de la fin des années 1990, les pharmaciens d'établissements de santé vivent une pénurie importante qui peine à se résorber, notamment en raison d'un contexte où l'offre est inférieure à la demande. En plus de lutter avec le secteur privé pour attirer les candidats et les nouveaux diplômés, les pharmaciens d'établissements doivent aussi veiller à améliorer leurs conditions de travail pour rendre le milieu plus attrayant.

UNE PÉNURIE GÉNÉRALISÉE

À compter de la fin des années 1980, tout le réseau de santé canadien est fortement affecté par les coupures successives dans les transferts de fonds aux provinces par le gouvernement fédéral. Les effets de ces coupures se font sentir fortement au Québec au milieu des années 1990 alors que le gouvernement provincial se fixe comme objectif d'atteindre le déficit zéro. Pour ce faire, diverses mesures visant à réduire les dépenses sont adoptées : fermeture, fusion et intégration d'établissements de santé et implantation du virage ambulatoire en sont des exemples. À ces mesures s'ajoute aussi un objectif de diminution de la masse salariale qui passe par l'adoption du programme de départs volontaires qui facilite le départ hâtif à la retraite des professionnels du secteur de la santé.

En parallèle, le gouvernement mise aussi sur le virage ambulatoire pour réduire les dépenses dans les établissements de santé. Au plan pharmaceutique, cette mesure favorise la prise en charge par les pharmacies du secteur privé de patients habituellement traités dans les cliniques externes des hôpitaux. Les coupures implantées dans le milieu hospitalier ont donc un effet direct sur le secteur

communautaire. En outre, les pharmaciens communautaires font aussi face à une augmentation de la demande causée par l'implantation du régime général d'assurance médicaments en 1997. Ainsi, la généralisation du virage ambulatoire, la hausse du nombre de points de service pour répondre à la demande et la mise sur pied de nouveaux services liés aux soins pharmaceutiques sont autant de facteurs qui augmentent les besoins en main-d'œuvre dans le secteur communautaire. Un sondage réalisé par l'OPQ auprès des pharmaciens propriétaires fait d'ailleurs état d'une pénurie de 203 pharmaciens dans le réseau privé en 1999⁵⁵.

Déjà fragilisés par une répartition inégale des services et une dotation en personnel ne permettant pas de répondre pleinement aux exigences cliniques de la pratique, ces éléments vont précipiter directement les départements de pharmacie de la province vers une pénurie d'effectifs qui perdure encore à ce jour. Si dans les décennies précédentes les pénuries d'effectifs sont limitées à certaines régions, certains secteurs ou certains types d'établissements, la pénurie qui touche la pharmacie hospitalière à la fin des années 1990 est généralisée au Québec. Alors que les fusions et les fermetures d'établissements ont finalement peu d'effets sur les pharmaciens du réseau de la santé⁵⁶, la mise en place du programme de départ volontaire à la retraite en 1997 provoque le départ de 35 membres de l'A.P.E.S., soit 3% des effectifs⁵⁷. Outre les départs à la retraite, beaucoup de pharmaciens d'établissements de santé quittent aussi le secteur pour s'orienter soit vers la pharmacie communautaire, soit vers l'industrie pharmaceutique. La pénurie de pharmaciens dans le milieu privé crée un contexte compétitif où les pharmaciens sont courtisés et se voient offrir des conditions de travail avantageuses et attrayantes pour plusieurs. De plus, à la fin des années 1990, bon nombre d'industries pharmaceutiques s'établissent dans la région montréalaise et attirent un certain nombre de candidats⁵⁸. Ainsi, entre 1997 et 1999, 115 pharmaciens auraient quitté les établissements de santé pour œuvrer dans d'autres secteurs, alors que 165 pharmaciens, dont 117 diplômés et 48 pharmaciens provenant d'autres secteurs, ont été embauchés⁵⁹. En 2004, 54 membres de l'A.P.E.S. ont encore quitté le réseau : 46% d'entre eux ont décroché un emploi dans une pharmacie communautaire, 20% prennent leur retraite et 6% sont employés par un fabricant de médicaments⁶⁰. Comparativement au reste du Canada, les pharmaciens québécois se tournent davantage vers l'industrie pharmaceutique,

CHAPITRE 7 : Survivance des effectifs pharmaceutiques

et non vers le secteur privé. Les nombreux départs depuis la fin des années 1990 provoquent une surcharge de travail qui fait entrer le secteur hospitalier dans un cercle vicieux : surchargés et démotivés, de plus en plus de pharmaciens quittent le milieu, et en raison des conditions difficiles qui ne font que s'aggraver, de moins en moins de candidats sont intéressés à y exercer.

Bien que les effectifs aient diminué en raison des départs à la retraite, et malgré les nombreux départs vers d'autres milieux de travail, le nombre de pharmaciens dans les établissements de la province augmente tout de même jusqu'à la fin des années 2000, passant de 972 en 1997 à 1362 en 2009⁶¹. Cette croissance ne suffit cependant pas à combler les besoins des établissements de santé. Ainsi, en 1999, 43 postes sont vacants et 48 sont temporairement dépourvus de leur titulaire depuis en moyenne huit mois⁶². L'écart entre les effectifs réels et les besoins s'accroît à nouveau dans les années qui suivent et est estimé à 88 en 2002, puis à 120 en 2005⁶³.

L'évaluation de la gravité d'une pénurie se fait en tenant compte de la répartition et de l'évolution des effectifs

entre les régions. Cette répartition d'effectifs n'apparaît pas équitable depuis 1997. Comme l'explique le comité de planification de la main-d'œuvre du MSSS, « les variations interrégionales s'expliquent par le rattrapage de régions moins bien pourvues au départ et surtout par la croissance démographique marquée de certaines régions, en particulier dans les régions périphériques de Montréal⁶⁴ ». Ainsi, alors que les effectifs augmentent dans les régions de Québec et de la Côte-Nord en 1998, d'autres régions, dont le Nord-du-Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la région de Chaudière-Appalaches, le Nunavik et la Baie-James subissent des pertes importantes⁶⁵. Même la région de Montréal est affectée par la perte de 14 pharmaciens en 1999⁶⁶. Dans les années qui suivent, presque toutes les régions connaissent des situations difficiles. La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est l'une des plus affectées avec une perte de 50 % de ses effectifs entre 1997 et 2002⁶⁷. Les établissements les plus touchés sont souvent ceux qui emploient un petit nombre de pharmaciens et dont la charge de travail est plus gravement affectée à l'occasion de départs ou de congés.

TABLEAU 45.
Évolution du nombre de membres actifs de l'A.P.E.S. par région sociosanitaire de 1997 à 2009

Région sociosanitaire	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bas-St-Laurent	30	29	32	32	32	31	30	34	35	35	37	37	41
Saguenay-Lac St-Jean	32	33	35	37	37	36	38	32	35	35	36	39	36
Capitale Nationale	128	142	153	158	174	186	197	194	204	217	230	241	248
Mauricie et Centre du Québec	54	55	52	9	59	61	64	63	64	74	73	75	79
Estrie	39	39	38	43	45	46	51	56	57	61	63	65	65
Montréal	412	417	403	399	409	426	429	434	432	436	432	452	454
Outaouais	27	28	28	31	31	32	36	35	30	34	32	33	37
Abitibi-Témiscamingue	19	18	19	18	18	17	16	15	19	20	22	23	24
Côte-Nord	18	21	21	21	18	16	14	20	20	21	18	16	18
Nord-du-Québec	4	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	22	17	14	15	17	11	16	18	17	18	22	20	20
Chaudière-Appalaches	37	33	41	43	43	44	49	52	54	55	55	60	64
Laval	21	23	27	32	37	41	47	51	51	48	50	50	48
Lanaudière	16	18	22	22	24	25	24	29	32	35	35	40	38
Laurentides	31	29	32	35	34	38	42	42	42	39	40	43	43
Montréal	76	82	86	96	93	99	104	107	108	115	121	125	137
Nunavik	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	1	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3
Total	972	990	1009	997	1080	1118	1164	1189	1208	1252	1275	1327	1362

Source : Rapports annuels de l'A.P.E.S. 1998-2009

La pénurie n'est plus seulement l'affaire des régions, ou encore de certaines catégories d'établissements, des CSSS ou des CHU. La pénurie sévit à l'échelle du Québec et a un impact sur l'ensemble des patients hospitalisés et ambulatoires desservis par les pharmaciens d'établissements. L'A.P.E.S. note dans son rapport d'activités en 2001 que près de 47% de ses membres exercent en établissements universitaires (c.-à-d. CHU, CHA ou instituts)⁶⁸.

UNE PÉNURIE À L'ÉCHELLE DU PAYS

En plus de facteurs propres au Québec, il ne faut pas oublier que la pénurie dans le secteur pharmaceutique touche tout le pays, voire même le continent américain. Au Canada, le sondage Lilly sur la pharmacie hospitalière démontre qu'en 2000, 150 postes de pharmaciens sont vacants parmi les hôpitaux sondés, soit environ 10% de tous les postes en pharmacie, à temps partiel ou à temps plein⁶⁹. Dans la même enquête canadienne menée à nouveau en 2009-2010, on note une pénurie de 16,4% au Québec contre 8,2% dans l'ensemble du pays⁷⁰.

LES EFFETS DE LA PÉNURIE SUR L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES

Dans le cadre de travaux de planification de la main-d'œuvre auxquels participent le MSSS et l'A.P.E.S., on s'entend pour dire dès 2002, selon les scénarios évoqués, qu'il y aura un déficit variant entre 470 et 795 pharmaciens d'établissements d'ici 2015⁷¹. Alors que la pénurie est évaluée par l'A.P.E.S. à 17% au tournant des années 2000, la dernière enquête réalisée en 2010 confirme qu'elle stagne à plus de 16%⁷². Cette pénurie tient compte de la capacité de recruter de nouveaux pharmaciens, de retenir ceux en exercice en établissement de santé et de répondre aux besoins en services et soins pharmaceutiques, en enseignement, en recherche et en soutien para-clinique.

Cette pénurie importante compromet, dans bon nombre d'établissements, la prestation des soins pharmaceutiques. L'enquête réalisée par l'A.P.E.S. en 2005 démontre que, parmi les répondants au sondage, 57% ont effectué des coupes dans les soins pharmaceutiques, 36% dans les soins pharmaceutiques ambulatoires et 22% ont diminué leurs activités de distribution. Ainsi, les «établissements doivent réduire leurs services, mais tentent le

plus possible d'assurer les services de distribution. Il n'en demeure pas moins que les coupures en soins pharmaceutiques sont importantes et ont aussi des effets sur le moral des troupes qui ont développé une expertise reconnue dans ce domaine et qui voient leurs activités professionnelles ainsi réduites⁷³».

En 2001, le MSSS prévoyait que la pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé serait de 14% en 2008. Selon le scénario élaboré à l'époque, la pénurie devait s'intensifier progressivement pour atteindre 27% en 2015 malgré l'augmentation des admissions dans les programmes de pharmacie. Les données révisées en 2005 indiquent plutôt que l'écart entre les effectifs à recruter et le nombre de diplômés disponibles s'est accru et pourrait atteindre 57% en 2020⁷⁴. Pour parer au problème, de plus en plus d'établissements ont recours aux pharmaciens suppléants afin d'assurer une continuité dans l'offre de services pharmaceutiques. Cette pratique s'accroît à partir de 2006 alors que 25% des sondés à l'enquête de l'A.P.E.S. disent utiliser cette option, la proportion passe à 41% en 2008, puis à 53% en 2009⁷⁵. Ces derniers «ont travaillé près de 8000 jours au total en 2009, soit l'équivalent de la prestation de travail de 35 pharmaciens à temps complet⁷⁶». La suppléance, qui devait être un moyen ponctuel de remédier à un problème, devient aussi un facteur aggravant la pénurie en raison des taux horaires supérieurs qui sont offerts et qui attirent un grand nombre de pharmaciens vers cette pratique⁷⁷.

La pénurie a aussi pour effet d'accroître l'embauche de pharmaciens non détenteurs de la maîtrise en pharmacie hospitalière. Alors qu'environ 80% des pharmaciens pratiquant dans les établissements de santé en 2001 détiennent un DPH ou une maîtrise, seulement 67% des nouveaux membres de l'A.P.E.S. sont détenteurs d'un de ces diplômes en 2004, et cette proportion demeure stable jusqu'à ce jour. Selon l'A.P.E.S. «cette nouvelle tendance, qui semble vouloir s'accroître, témoigne sans aucun doute de la difficulté actuelle des établissements à recruter des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle⁷⁸».

En effet, la pénurie provoque une hausse de la demande pour les pharmaciens alors que le nombre de gradués demeure insuffisant pour combler les besoins. Dans ce contexte, le secteur hospitalier se doit de devenir plus compétitif et d'offrir des avantages supplémentaires afin d'attirer un plus grand nombre de candidats.

DES MESURES POUR REMÉDIER À LA PÉNURIE

À compter de 1998, l'A.P.E.S. réalise une enquête auprès des établissements de santé pour évaluer la situation concernant les effectifs. Les données ainsi recueillies lui permettent d'intervenir auprès du MSSS pour sensibiliser les fonctionnaires au problème de pénurie. Après le lancement d'une campagne médiatique par l'A.P.E.S. dans le cadre des négociations de l'entente de travail en 1999, le MSSS reconnaît finalement la pénurie de pharmaciens, autant dans le secteur hospitalier que dans le secteur privé. Un groupe de travail est donc mis sur pied pour trouver des pistes de solution afin de combler les besoins dans le milieu pharmaceutique⁷⁹. Dans son rapport publié en 2001 et intitulé *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie*, le groupe de travail constate un déséquilibre entre les besoins des établissements de santé et le nombre de diplômés des programmes de pharmacie hospitalière. En effet, en plus de composer avec les départs de nombreux membres, les départements de pharmacie peinent à attirer de nouveaux diplômés pour combler les postes laissés vacants. Il faut rappeler que le bassin de candidats demeure relativement bas étant donné les limites imposées depuis le milieu des années 1980 aux admissions dans les programmes de 2^e cycle de pharmacie hospitalière⁸⁰.

Ainsi, la pénurie de pharmaciens risque aussi de s'accroître si aucune mesure n'est prise, puisque la demande est appelée à augmenter avec l'implantation des soins pharmaceutiques :

Dans les établissements de santé, les besoins devraient s'accroître et se diversifier pour répondre à la demande des diverses missions d'établissements. L'implantation des soins pharmaceutiques dans les centres hospitaliers ainsi que la croissance des besoins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et dans les CLSC exerceront une pression à la hausse sur la demande de pharmaciens qualifiés. Ces changements seront d'autant facilités que la pertinence de soins pharmaceutiques dans ces divers milieux et les avantages financiers seront démontrés⁸¹.

Par ailleurs, étant donné que la pénurie affecte tous les secteurs de la pharmacie, « la capacité d'attirer des candidats dans les programmes de maîtrise en pharmacie d'établissement et par extension les possibilités de recrutement de pharmaciens d'établissements dépendent, dans

une large mesure, de l'ampleur du bassin de bacheliers en pharmacie et ne sont pas indépendantes, des besoins des autres secteurs de la pharmacie et de leur capacité d'attirer des diplômés, *a fortiori* dans un contexte où il s'avère que les besoins dans ces autres secteurs sont également croissants⁸² ». Donc, en plus de suggérer une augmentation des admissions dans les programmes de 1^{er} et de 2^e cycle et de prendre des mesures pour attirer les candidats vers la pratique hospitalière dès les études de 1^{er} cycle, le groupe de travail recommande aussi de hausser le montant de la bourse offerte aux résidents en pharmacie. Ces solutions visant à assurer une relève pour les établissements de santé doivent aussi s'accompagner de mesures visant à limiter les effets de la pénurie dans les milieux de travail. L'investissement dans les nouvelles technologies, l'amélioration des conditions de travail, la réingénierie des processus et l'optimisation du travail des assistants techniques font partie des solutions préconisées pour y arriver⁸³.

Plusieurs des recommandations du groupe de travail sont rapidement adoptées par le MSSS. D'abord, le montant de la bourse offerte aux résidents en pharmacie est majoré à 21 000 \$ en 2001-2002, et le nombre de postes ouverts dans les programmes de pharmacie hospitalière de 2^e cycle passe de 35 à 60. À ces éléments s'ajoute cependant l'obligation de travailler pendant deux ans dans les établissements de santé après l'obtention du diplôme. Mécontents de cette nouvelle disposition qui risque de freiner le nombre d'inscriptions dans les programmes de 2^e cycle, l'A.P.E.S. et les facultés de pharmacie réclament des améliorations. Ainsi, dès 2003, un programme d'intéressement à la pratique est mis sur pied. Ce programme comprend des dispositions qui portent le montant de la bourse consentie aux résidents à 30 000 \$ à compter de 2004, en plus d'en faire une bourse au mérite exemptée d'impôt au provincial. Le MSSS consent aussi à rembourser les frais de scolarité des résidents à raison de 50 \$ par crédit, pour un total variant entre 2500 et 3000 \$. Le programme comprend une mesure s'adressant aux étudiants de 1^{er} cycle. Cette mesure permet aux étudiants en pharmacie de travailler dans les établissements de santé pour « accomplir des tâches normalement dévolues aux pharmaciens sous la supervision de ces derniers. Ce programme a pour but d'attirer les étudiants dans nos établissements avec l'espoir que notre pratique stimulante saura exercer un attrait sur eux⁸⁴ ».

Les travaux du groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre amènent aussi l'OPQ à étudier le problème d'effectifs. Le comité sur l'effectif professionnel en pharmacie, inspiré des recommandations du groupe de travail, dépose un rapport en 2002 et poursuit ses travaux par la suite⁸⁵. Ce comité propose notamment de réviser les conditions financières d'accès à la maîtrise en pharmacie d'établissement de santé, d'ajuster les conditions de travail des pharmaciens d'établissements de santé aux conditions du marché, de réorganiser l'offre de services professionnels (p. ex. : confier aux assistants techniques des tâches reliées à la distribution, recourir à l'automatisation et à la robotisation) et d'augmenter le nombre de permis accordés à des étrangers. En outre, l'OPQ se propose d'établir un plan d'urgence afin d'assurer une prestation minimale et sécuritaire de services pharmaceutiques dans les établissements de santé touchés par la pénurie. En ce qui concerne la dotation des ressources, l'Ordre continue cependant de se baser sur le guide des services pharmaceutiques en centres hospitaliers publié en 1994, lequel recommande des ratios de 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 surspécialisés⁸⁶.

LA RÉMUNÉRATION DES PHARMACIENS: LE CŒUR DU PROBLÈME

Bien que le MSSS ait mis en place une dizaine de mesures depuis le début des années 2000, dont des bourses de 1^{er} cycle aux étudiants en pharmacie qui s'engagent à exercer dans le réseau, la réduction des échelons de rémunération des pharmaciens de 15 à neuf, la mise en place de primes en régions éloignées et de forfaits d'installation, la mise en place de démarches et de consultations afin de rehausser le rôle des assistants techniques en pharmacie, force est de constater que la pénurie ne fait que s'aggraver. Les mesures adoptées par le MSSS s'avèrent insuffisantes pour attirer les candidats vers la pratique hospitalière. Le cœur du problème se situe, selon l'A.P.E.S., au plan de la rémunération des pharmaciens dans les établissements de santé qui demeure inférieure à celle consentie à leurs collègues du réseau privé, même si la pratique en établissement de santé exige deux années d'études supplémentaires. Selon l'A.P.E.S. :

Le problème de la compétitivité salariale avec le secteur privé n'est pas réellement pris en considération par ce dernier [le MSSS], de sorte que la pénurie perdure au détriment des patients qui fréquentent les établissements de santé québécois. Les situations dramatiques se succèdent de sorte que l'Association est intervenue dans plusieurs situations critiques d'effectifs qui se sont heureusement soldées par un élan de solidarité des membres qui a permis d'éviter le pire aux clientèles des établissements en situation de crise. Il ne faudra donc pas se surprendre que la compétitivité salariale avec le secteur privé soit un des chevaux de bataille de l'Association à l'aube de la prochaine ronde de négociation⁸⁷.

En 2004, les salaires versés aux pharmaciens d'établissements demeurent inférieurs à la moyenne canadienne : le salaire de départ au Québec est inférieur de 15 à 18 % et au sommet de l'échelle salariale un écart de 3 à 14 % persiste⁸⁸. De plus, l'écart se creuse davantage avec les pharmacies communautaires qui offrent des salaires et des avantages sociaux intéressants, sans compter que l'étudiant qui choisit de compléter sa résidence en pharmacie d'hôpital est largement moins bien rémunéré que celui qui accepte l'offre d'une pharmacie privée dès la fin de ses études. En 2006, le ministre de la Santé, Philippe Couillard, affirme d'ailleurs qu'il « est clair que si on s'engage dans une course à la rémunération avec le secteur privé, je ne pense pas que les fonds publics puissent la remporter. Une simple course bête à la rémunération, ça serait improductif⁸⁹ ».

Si l'effet des mesures adoptées par le MSSS tarde à se faire sentir, les établissements des régions qui sont aux prises avec une grave pénurie de pharmaciens envisagent différentes options afin d'attirer un plus grand nombre de candidats dans leurs rangs. En plus d'instaurer des forfaits d'installation, à l'image de ceux offerts aux médecins, certaines administrations hospitalières songent aussi à offrir des honoraires supérieurs à ce que prévoit l'entente de travail de l'A.P.E.S. afin de recruter des candidats rapidement sans nuire à la continuité des services⁹⁰. Pour ce faire, ils doivent cependant recourir aux régies régionales pour assumer les frais d'une telle mesure⁹¹. La question est finalement résolue avec la signature de l'entente de travail de l'A.P.E.S. en 2006 qui permet à une quarantaine

d'établissements identifiés de verser une « prime de recrutement et de maintien en emploi » pouvant aller jusqu'à 35% du salaire, ainsi qu'un forfait d'installation de 25 000 \$, aux pharmaciens qui acceptent de s'installer dans les régions les plus touchées par la pénurie d'effectifs, et ce, afin de freiner le recours aux pharmaciens suppléants⁹². La liste des établissements visés par cette mesure est toutefois imposée par la partie patronale.

LA PÉNURIE ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT

Depuis la fin des années 1990, la pénurie d'effectifs pharmaceutiques dans les établissements de santé a aussi des répercussions sur le recrutement des chefs de département de pharmacie. Cette pénurie n'est d'ailleurs pas spécifique au Québec, mais étendue à l'échelle du Canada où de plus en plus de postes de chefs de département ne sont pas comblés ou sont occupés par des gestionnaires non pharmaciens. La SCPH a même publié, en 2006, un *Énoncé sur le rôle du pharmacien à la direction des services de pharmacie d'un hôpital* pour rappeler l'importance que ce poste soit occupé par un pharmacien licencié⁹³. Ainsi, plusieurs établissements de santé québécois se retrouvent sans chef de département au tournant des années 2000 (Chandler, Ste-Agathe, Sorel, CHA – Enfant-Jésus, Verdun, Chicoutimi, Louis-H. Lafontaine, etc.⁹⁴). Même si le cadre législatif québécois stipule que le chef du département de pharmacie doit être un pharmacien, rien n'empêche un établissement de nommer de façon temporaire un gestionnaire pour soutenir le chef clinique⁹⁵.

Afin de soutenir les pharmaciens gestionnaires et de générer de la relève, l'A.P.E.S. a mandaté un groupe de travail en 2006 pour élaborer une formation destinée aux nouveaux chefs, adjoints et coordonnateurs en pharmacie. Parallèlement, la SCPH a mis en place un groupe de travail sur le leadership en gestion et publié des recommandations⁹⁶.

Dans une revue de l'état de situation entourant les chefs de département de pharmacie, Linda Vaillant conclut à l'urgence « d'établir un plan de relève en gestion, d'offrir davantage d'activités de formation en gestion pharmaceutique, qu'elles soient organisées par l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec ou offertes par d'autres institutions, et de pratiquer la gestion pharmaceutique avec transparence en soulignant les avantages et non seulement les inconvénients d'une telle carrière⁹⁷ ».

LA FÉMINISATION DE LA PHARMACIE ET SES EFFETS EN PÉRIODE DE PÉNURIE

Au Québec la pharmacie hospitalière est un secteur de pratique historiquement féminin. En effet, l'absence de juridiction du Collège des pharmaciens sur les hôpitaux permet à bon nombre de femmes d'y exercer sans nécessairement détenir la licence en pharmacie. À l'époque les conditions de travail moins exigeantes dans les hôpitaux où les horaires flexibles et le travail à temps partiel sont possibles, est probablement l'un des facteurs qui explique la forte présence des femmes dans ce secteur. Jusque dans les années 1960, le statut de propriétaire en pharmacie, bien que prestigieux, comportait aussi son lot de responsabilités qui faisaient en sorte que les heures de travail étaient nombreuses. Aussi, au début des années 1960, 96% des pharmaciens licenciés sont des hommes, et 75% d'entre eux sont des pharmaciens propriétaires d'une petite boutique⁹⁸.

Si les registres officiels du Collège des pharmaciens laissent croire que peu de femmes sont pharmaciennes, les relevés de personnel des établissements de santé montrent qu'il en est tout autrement. En 1958, 63 pharmaciennes licenciées sont inscrites au registre du Collège des pharmaciens. Pourtant, dans le recensement de 1961, 200 femmes se disent pharmaciennes, et 110 d'entre elles œuvrent en établissement⁹⁹. Ces chiffres montrent qu'une partie des pharmaciennes ne sont pas nécessairement licenciées, mais œuvrent tout de même dans les hôpitaux.

L'amélioration des conditions de travail des pharmaciens dans les hôpitaux à la fin des années 1960 fait du secteur hospitalier un domaine soudainement plus intéressant pour les aspirants à la profession. Du coup, de plus en plus de diplômés masculins se dirigent vers la pharmacie d'établissement. Ainsi, même si les hommes sont loin d'être majoritaires dans les pharmacies d'établissement, il reste que leur présence croissante dans le domaine depuis le début des années 1960 et 1970 constitue une nouveauté. Il ne faut pas oublier aussi que la pharmacie connaît une période de crise professionnelle au début des années 1960 qui explique probablement ce mouvement¹⁰⁰.

Deux employées à l'œuvre au Service de pharmacie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, en 1952.



Source : Archives des Hospitalières de Saint-Joseph

TABLEAU 46.

Secteur d'emploi et mode de pratique des pharmaciennes et des pharmaciens inscrits à la corporation par décennie de promotion

Décennie de promotion	1950-1959		1960-1969		1970-1979		1980-1987		2009-2010	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Statut										
Propriétaires	242	7	270	18	349	177	133	71	976	834
	(28%)	(11%)	(47%)	(14%)	(45%)	(17%)	(24%)	(7%)	(36%)	(19%)
Salariés en officine	195	9	104	28	161	290	273	548	1029	2537
	(23%)	(14%)	(18%)	(21%)	(21%)	(41%)	(48%)	(57%)	(38%)	(51%)
Salariés en hôpital	51	17	73	30	116	150	66	187	315	1036
	(6%)	(26%)	(13%)	(23%)	(15%)	(21%)	(12%)	(20%)	(12%)	(21%)
Salariés autres et suppléants	31	2	21	8	62	13	22	28	404	536
	(4%)	(3%)	(4%)	(6%)	(8%)	(2%)	(4%)	(3%)	(15%)	(11%)
Inactifs	334	30	106	48	83	135	68	124	NA	NA
	(39%)	(46%)	(18%)	(36%)	(11%)	(19%)	(12%)	(13%)	NA	NA
Total	853	65	574	132	771	705	562	958	2724	4943
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Fichier de l'Ordre des pharmaciens du Québec, 1987 dans Collin J. *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980.* Montréal, Boréal, 1995, p.152 (tableau 9).

Au milieu des années 1980, diverses études sont entreprises pour déterminer les besoins en effectifs pharmaceutiques dans les établissements de santé. Dans leurs projections, les analystes tiennent compte du fait que la pharmacie hospitalière est un secteur où les femmes sont largement présentes et que celles-ci ont souvent un degré d'activités professionnelles inférieur à celui des hommes parce qu'elles travaillent plus souvent à temps partiel et que la durée des congés est plus longue étant donné les départs temporaires pour congé de maternité. Ainsi, en 1987, le Comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie du Québec prévoit une pénurie dans les hôpitaux dans les années subséquentes à cause, entre autres, du retrait de pharmaciennes en congé de maternité¹⁰¹. Ainsi, la féminisation provoque une cyclisation de la carrière des pharmaciens. Les statistiques montrent que la majorité des diplômés de l'Université de Montréal au milieu des années 1980 sont employés dans les hôpitaux pour remplacer des pharmaciennes en congé de maternité¹⁰².

La proportion de femmes dans les établissements de santé s'accroît donc au cours des années, passant de 69% des effectifs hospitaliers en 1997 à 74% en 2001, puis à 78% en 2009¹⁰³. Cette féminisation est considérée depuis plus d'une décennie comme une source de discrimination salariale. En 1996, le gouvernement adopte la *Loi sur l'équité salariale* qui a pour but de corriger les écarts salariaux dus à la discrimination systémique entre les personnes occupant des emplois dans des catégories d'emploi à prédominance féminine et les personnes occupant des emplois dans des catégories d'emploi à prédominance masculine. Le dossier de l'équité salariale se conclut en 2010 par un « ajustement équitable qui reconnaît la valeur de notre profession et le retard salarial important que nous accusons, lorsque comparé à des groupes masculins de même valeur¹⁰⁴ ». Ce redressement salarial constitue un pas supplémentaire pour bonifier la rémunération des pharmaciens hospitaliers et la rendre plus compétitive face au secteur privé.

LE RECOURS AUX PHARMACIENS ÉTRANGERS : UNE PARTIE DE LA SOLUTION AU PROBLÈME

Lorsque des situations de pénurie de pharmaciens se présentent, le recours aux pharmaciens diplômés à l'extérieur du Québec est inévitablement envisagé pour en atténuer les effets. Jusqu'à la fin des années 1990, cette solution est toujours écartée, soit parce que l'on considère

que le bassin de candidats locaux est suffisant pour répondre à la demande, soit parce que les qualifications des pharmaciens diplômés à l'étranger sont jugées insuffisantes pour répondre aux exigences de la pratique pharmaceutique au Québec¹⁰⁵.

À la fin des années 1990, le recours aux pharmaciens étrangers est proposé comme une des solutions au problème d'effectifs dans le domaine pharmaceutique. L'évolution de la pratique pharmaceutique et des programmes québécois de formation rend cependant plus difficile l'intégration des pharmaciens étrangers, ce qui fait en sorte que les critères d'acceptation des candidats sont resserrés en 1997. Dès 1999, l'OPQ forme un comité sur la mobilité de la main-d'œuvre pour étudier les critères permettant l'accueil des professionnels des pays de l'ALENA¹⁰⁶. L'OPQ multiplie aussi les représentations auprès des facultés de pharmacie pour que des postes vacants soient offerts à des candidats étrangers ou que le nombre de candidats étrangers pouvant être admis au baccalauréat soit augmenté temporairement¹⁰⁷. Ainsi, de 1990 à 2001, 282 candidats étrangers font des demandes d'équivalence auprès de l'OPQ et 97 reçoivent l'équivalence de diplôme. De ces candidats, un seul toutefois choisit d'exercer en établissement de santé¹⁰⁸.

À partir de juin 2008, des modifications législatives permettent à un candidat étranger ayant réussi les examens du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada d'obtenir une équivalence de formation (plutôt que de diplôme), à condition de réussir un examen sur la législation, un examen de l'Office de la langue française du Québec si nécessaire et de compléter un stage d'internat. En outre, un candidat formé ailleurs au Canada est éligible au permis de pratique de l'OPQ, à condition de réussir un examen sur la législation et un examen de l'Office de la langue française du Québec. Ces mesures s'ajoutent à la disposition permettant la reconnaissance d'une équivalence de diplôme.

En 2009, la présidente de l'OPQ, Diane Lamarre, et la présidente de l'Ordre national des pharmaciens de France, Isabelle Adenot, signent un accord pour la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des pharmaciens québécois et français : « cet arrangement permettra aux pharmaciens migrants d'accéder à la pratique de la pharmacie plus rapidement, tout en assurant le public d'obtenir ses services de personnes dûment

qualifiées, autant en France qu'au Québec¹⁰⁹ ». De plus, l'Université de Montréal démarre, dès septembre 2011, un programme d'appoint aux pharmaciens formés à l'étranger (PAPE) comptant 17 mois de cours théoriques et pratiques¹¹⁰. Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles quant au nombre de pharmaciens étrangers ayant gagné le réseau des établissements de santé, ce nombre est marginal et ne permet pas de réduire la pénurie qui sévit encore en 2010.

DU COMMIS À L'ASSISTANT TECHNIQUE SENIOR

L'évolution de la pratique pharmaceutique au XX^e siècle fait en sorte que l'on commence à s'intéresser au personnel auxiliaire. En effet, ce serait en 1947 que l'expression « personnel de soutien pharmaceutique » apparaît pour la première fois dans l'armée américaine¹¹¹. Alors que le personnel de soutien en pharmacie avait principalement pour fonction d'accomplir une variété de tâches connexes au travail du pharmacien comme nettoyer et stériliser les bouteilles et les instruments, étiqueter les contenants de médicaments, assister le pharmacien dans les préparations magistrales, nettoyer les locaux, etc., son travail en vient à se préciser au fur et à mesure que le rôle du pharmacien évolue vers un rôle plus clinique¹¹². Au moment où le pharmacien cherche à remplir des fonctions cliniques qui exigent une présence accrue auprès des équipes de soins et des patients, il doit aussi prévoir des mécanismes pour déléguer les tâches techniques au personnel assistant. Cette délégation ne peut cependant se faire si le personnel technique ne possède pas les qualifications nécessaires pour réaliser des tâches qui, dans un contexte de pénurie de pharmaciens, en viennent à devenir plus complexes au fil des ans.

Au Québec, les discussions entourant la création d'une classe de techniciens, les tâches à déléguer ou les programmes de formation pour cette catégorie de personnel achoppent en raison des divergences entre les besoins des pharmaciens du secteur communautaire et ceux du secteur hospitalier. Malgré cela, les pharmaciens d'établissements de santé prennent rapidement position en faveur du rehaussement des qualifications des assistants travaillant en hôpital et deviennent des chefs de file qui vont influencer les changements apportés à la pratique.

Le personnel auxiliaire en pharmacie : une nécessité pour la profession ?

Les débats autour de la formation d'un personnel auxiliaire qualifié pour assister le pharmacien prennent naissance dans les années 1960 et s'accroissent avec l'avènement de la pharmacie clinique. Bien que la nécessité d'une telle catégorie de personnel fasse généralement l'unanimité, les divergences persistent et retardent la création d'une catégorie de personnel auxiliaire.

LES DÉBATS ENTOURANT LA FORMATION D'UNE CLASSE D'AUXILIAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Dès le début du XX^e siècle, les pharmaciens américains prennent conscience de la nécessité de se doter d'un personnel assistant puisqu'à l'époque, environ la moitié d'entre eux sont propriétaires ou gérants de l'établissement où ils travaillent. Pour répondre à ce besoin, environ 90% des états américains consentent à la création d'une catégorie « d'assistants pharmaciens » qui, sous la supervision d'un pharmacien licencié ou pendant une absence temporaire de ce dernier, peuvent remplir toutes les tâches dévolues au pharmacien. La seule qualification exigée de ces aides-pharmaciens est l'expérience en pharmacie qui peut varier de un an à quatre ans. Lorsque, dans les années 1930, certaines pharmacies commencent à être accusées d'offrir des services de moindre qualité, les états mettent peu à peu un frein à l'octroi de permis aux aides-pharmaciens¹¹³. Au milieu du siècle, ce sont 52% des pharmacies américaines qui sont desservies par un seul pharmacien, ce qui implique de longues heures de travail pour le propriétaire. Même si ce sont d'abord les pharmaciens d'officine qui sont fortement affectés par l'absence d'une main-d'œuvre auxiliaire qualifiée, ce sont les dirigeants de l'ASHP qui ramènent dans l'actualité le débat autour de la constitution d'une telle classe de personnel à la fin des années 1950. L'ASHP entame alors une série de travaux, en collaboration avec d'autres regroupements du milieu pharmaceutique, pour définir les qualifications requises ainsi que les responsabilités dévolues à ces travailleurs non professionnels. En 1967, un comité mixte formé de représentants de l'ASHP et de l'American Association of Colleges

of Pharmacy (AACP) convient que les organisations pharmaceutiques doivent étudier les besoins concernant le personnel de soutien, les tâches à leur confier ainsi que la formation à leur offrir¹¹⁴. En 1969, le groupe de travail arrive à déterminer les tâches dévolues au personnel professionnel et non professionnel dans les hôpitaux et les pharmacies communautaires¹¹⁵.

**LOI DE PHARMACIE ET PERSONNEL ASSISTANT :
LES LACUNES D'UN SYSTÈME LÉGALEMENT TOLÉRÉ**

Si les discussions se multiplient aux États-Unis et au Canada au sujet de l'éventuelle création d'une classe d'auxiliaire, le débat au Québec dérive rapidement vers les moyens à prendre pour accroître les effectifs afin de répondre à la demande croissante de services pharmaceutiques. Le débat peut être évité au Québec parce qu'un système sanctionné légalement permet aux pharmaciens de disposer d'une main-d'œuvre abondante à peu de frais.

**LES DÉBATS ENTOURANT LA FORMATION
D'UNE CLASSE D'AUXILIAIRE AU CANADA**

À la fin des années 1960, l'assistance technique en pharmacie devient un sujet d'actualité dans le milieu pharmaceutique canadien. Les pharmaciens multiplient les interventions et les travaux pour se prononcer sur le besoin pour les pharmaciens de créer une classe d'auxiliaire et de déterminer la formation nécessaire pour accomplir les tâches liées à cette fonction¹¹⁶. Dès 1967, l'Association pharmaceutique du Canada (APhC) recommande fortement à ses membres de recourir à des aides en pharmacie¹¹⁷. L'année suivante, la SCPH reconnaît aussi les besoins en la matière et publie des normes sur la formation du personnel non professionnel en pharmacie.

TABLEAU 47.

Articles de la Loi de pharmacie concernant l'emploi de personnel auxiliaire

	Loi de pharmacie de Québec, S.Q. 1885, 48 Vict. c. 36		Loi concernant l'Association pharmaceutique de la province de Québec, S.Q. 1925, c. 215.	Loi modifiant la Loi de pharmacie de Québec, S.Q. 1952-53, 1-2 Éliz. II, c. 55
Article 21	« Nonobstant toute disposition contraire de la présente loi, un « licencié en pharmacie » peut employer les « commis diplômés » et les « apprentis certifiés » qu'il juge nécessaires pour l'aider dans l'accomplissement de ses devoirs comme pharmacien ; mais personne ne peut employer à cette fin un commis ou un apprenti qui n'est pas inscrit conformément à cette loi. »	Article 26	« Nonobstant toute disposition contraire de la présente loi, un licencié en pharmacie peut employer les assistants-pharmaciens et les étudiants en pharmacie qu'il juge nécessaires pour l'aider dans l'accomplissement de ses devoirs comme pharmacien ; mais personne ne peut employer à cette fin un assistant ou un étudiant qui n'est pas inscrit conformément à la présente loi. »	« Sous réserve de l'article 18, et nonobstant toute disposition contraire de la présente loi, seulement un licencié en pharmacie ou un médecin régulièrement inscrit, propriétaire d'une pharmacie, peut employer les licenciés en pharmacie, les assistants-pharmaciens ou les étudiants en pharmacie qu'ils jugent nécessaires pour l'aider dans l'accomplissement de ses devoirs comme pharmacien, mais personne ne peut les employer, à cette fin, s'ils ne sont pas inscrits, conformément à la présente loi. »
Article 22	« Personne ne peut permettre à un apprenti à son emploi de se livrer, à la préparation des prescriptions ou à la vente des poisons énumérés dans la cédule A, à moins que durant qu'il est occupé à la préparation des prescriptions ou à la vente de ces poisons, cet apprenti ne soit sous la surveillance immédiate d'un médecin, d'un « licencié en pharmacie » ou d'un « commis diplômé ». »	Article 27	« Aucun étudiant en pharmacie ne peut se livrer, ni un licencié en pharmacie permettre à cet étudiant de se livrer, à la préparation des prescriptions ou à la vente des poisons énumérés dans l'annexe à la présente loi, à moins que cet étudiant, durant le temps qu'il est occupé à la préparation de ces prescriptions ou à la vente de ces poisons, ne soit sous la surveillance immédiate d'un médecin, d'un licencié en pharmacie ou d'un assistant-pharmacien. »	« Aucun étudiant en pharmacie ne peut se livrer, ni un licencié en pharmacie, ni un médecin ne peuvent permettre à cet étudiant de se livrer à la préparation des prescriptions ou à la vente des poisons énumérés dans l'annexe à la présente loi, à moins que cet étudiant, durant le temps qu'il est occupé à la préparation de ces prescriptions ou à la vente de ces poisons, ne soit sous la surveillance immédiate d'un licencié en pharmacie, d'un assistant-pharmacien ou d'un médecin. Le fardeau de la preuve que l'étudiant était sous la surveillance immédiate du licencié en pharmacie, de l'assistant-pharmacien ou du médecin, incombera au défendeur. »

En effet, les besoins des pharmaciens en matière de personnel auxiliaire sont comblés grâce à l'existence du système « d'étudiants éternels » ou « d'étudiants à perpétuité » créé par les dispositions de la *Loi de pharmacie*. Au Québec, la formation des pharmaciens repose, jusqu'en 1973, sur un système d'apprentissage composé de trois étapes distinctes menant à l'obtention de la licence en pharmacie : la première donne droit au titre d'étudiant en pharmacie qui permet d'amorcer l'apprentissage auprès d'un pharmacien ; la seconde permet de devenir aide-pharmacien, ce qui confirme que le candidat a complété un stage d'au moins trois ans auprès du pharmacien licencié et réussi l'examen sur les matières exigées par la loi ; la dernière étape mène à l'obtention de la licence en pharmacie, qui confirme la réussite du programme de cours exigé par la loi et qu'un stage de quatre ans a été complété auprès d'un pharmacien licencié. Si cette dernière étape constitue l'objectif ultime, il reste qu'aucune disposition légale n'oblige les candidats ayant complété les deux premières étapes de la formation à obtenir ladite licence, et aucune limite de temps n'est imposée pour compléter le cycle de formation. Ce système « d'étudiants à perpétuité » sanctionné par la *Loi de pharmacie* permet donc aux pharmaciens de disposer d'un bassin de main-d'œuvre auxiliaire non négligeable étant donné qu'ils sont autorisés à embaucher des étudiants ou des aides-pharmaciens pour leur venir en aide. Deux articles de la *Loi de pharmacie* sanctionnent d'ailleurs cette pratique tout en imposant des balises (voir tableau 47).

À partir des années 1920, les universités vont demander à ce que les exigences pour devenir aide-pharmacien soient resserrées notamment parce que la *Loi de pharmacie* confère des responsabilités importantes à l'aide-pharmacien, dont celle de surveiller l'étudiant en pharmacie durant la préparation des ordonnances ou la vente de médicaments. En 1953, des modifications apportées à la *Loi de pharmacie* rendent dorénavant obligatoire l'obtention du baccalauréat en pharmacie pour obtenir le titre d'aide-pharmacien. Malgré cette amélioration, certaines dispositions sont aussi intégrées pour permettre à des « étudiants éternels » d'accéder au statut d'aide-pharmacien¹¹⁸. Les universités tentent en vain de faire disparaître cet élément de la loi qui n'a pour objectif que de permettre à des personnes « sous-qualifiées » de « travailler comme commis dans une pharmacie¹¹⁹ ».

Ce système profite amplement aux pharmaciens qui peuvent disposer d'une main-d'œuvre à moindre coût pour effectuer des tâches professionnelles qui se simplifient de plus en plus dans l'après-guerre et qui exigent un minimum de formation. Alors qu'auparavant, les étudiants et les aides-pharmaciens étaient embauchés principalement pour assister le pharmacien lorsqu'il effectuait des préparations magistrales¹²⁰, l'évolution du travail du pharmacien dans l'après-guerre, particulièrement en officine, amène le pharmacien à déléguer davantage les tâches liées à la préparation des ordonnances en faveur du travail de gestion de son commerce. En effet, alors que le travail professionnel du pharmacien se simplifie en raison de la disparition des préparations magistrales au profit des médicaments produits par l'industrie pharmaceutique, le travail de gestion de l'officine devient plus complexe, particulièrement dans un contexte de prospérité économique. Ainsi, de plus en plus de pharmaciens sont portés à déléguer à des commis ou à des étudiants des tâches qui, selon la *Loi de pharmacie*, ne peuvent être accomplies par d'autres personnes que le pharmacien¹²¹. Comme le fait remarquer Johanne Collin :

Pendant les années 1940 et 1950, il semble bien que, de simple habitude, la délégation des tâches pharmaceutiques à une main-d'œuvre en formation se transforme en dépendance, voire en système. Manifestation tangible du décalage qui se creuse entre la formation scientifique poussée des pharmaciens et celle que requiert en réalité la manipulation des médicaments [...]¹²².

Au début des années 1960, le doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal dénonce d'ailleurs l'utilisation que les pharmaciens font de la main-d'œuvre étudiante et les accuse de dénaturer l'apprentissage, en plus de faillir à leurs responsabilités :

Que nos étudiants soient à votre disposition au cours de leurs études, pendant les vacances et pendant l'année de stage postuniversitaire, c'est possible dans certaines limites, mais je sais bien que cela ne répond pas à vos besoins [...]. Que dans l'optique actuelle nous vous préparions délibérément ce que l'on est convenu d'appeler des commis, c'est impossible. Pendant ses études, l'étudiant est un stagiaire ; il est à votre service mais vous êtes, par contrat moral, à son service. Vous devez prolonger dans votre officine

l'enseignement de la Faculté. [...] Si vous faites de ce stagiaire un simple commis en ce sens que vous lui louez ses services sans lui donner en retour le bénéfice de votre expérience et que vous exigez de lui une charge de travail qui le détourne de ses études, vous brisez cette relation essentielle qui doit exister entre le stagiaire et le tuteur que vous devez être¹²³.

Cette vision préconisée par la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal est cependant réfutée par le Collège des pharmaciens qui considère plutôt que « le cheminement universitaire doit permettre non seulement de former des pharmaciens détaillants compétents, mais il doit également, par des stages, continuer de fournir aux pharmaciens propriétaires une main-d'œuvre susceptible de les seconder dans leurs tâches¹²⁴ ». Ainsi, parce qu'un tel système existe, et qu'il sert bien les intérêts des pharmaciens, particulièrement en officine, ces derniers peuvent éviter d'envisager formellement la création d'une catégorie de personnel de soutien qui risquerait de leur nuire plutôt que d'alléger leurs tâches. Comme l'explique Johanne Collin :

C'est d'ailleurs sans doute parce que la loi prévoit le recours aux étudiants que la profession a toujours refusé la création d'une classe de techniciens, susceptibles, à partir d'une formation moindre, d'assister les pharmaciens dans leurs tâches. Ces derniers craignent la concurrence que ces techniciens pourraient leur faire [et] comme une sorte de voie de secours, l'apprentissage continue, en marge de la formation universitaire, à préparer un certain nombre de candidats au travail en officine tout en fournissant des commis et des assistants aux pharmaciens¹²⁵.

REVALORISER LA PROFESSION EN PASSANT PAR LE PERSONNEL AUXILIAIRE ?

À l'aube des années 1960, l'image professionnelle du pharmacien est considérablement ternie par les révélations qui sont faites sur les prix des médicaments au pays et par la croissance de l'aspect commercial de la pratique. En outre, le recours à des auxiliaires non qualifiés pour accomplir des tâches professionnelles telles la préparation des ordonnances, accentue la méfiance du public envers les pharmaciens. À la même époque, le Collège des pharmaciens entreprend une réflexion pour

réformer la profession dans un contexte où l'implantation de l'assistance médicaments pour les personnes âgées et démunies et de l'assurance santé risque d'accroître la demande pour le travail des pharmaciens et d'engendrer une pénurie d'effectifs.

Dans la foulée des débats entourant les moyens de revaloriser la profession au début des années 1960, l'idée de créer une classe d'auxiliaires qualifiés est évoquée. Les étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal jugent notamment que « le manque de compétence des subalternes entraîne irrévocablement le manque de confiance envers les auxiliaires ». Selon eux, « de tous les problèmes disciplinaires de la profession pharmaceutique auxquels il faut apporter des solutions pratiques, le plus important est, sans contredit, celui de parer la carence quasi-totale de compétence en assistance technique ». Ainsi, il faudrait mettre fin au système permettant à des étudiants complétant leur apprentissage en pharmacie d'agir à titre d'auxiliaires et donc, créer une catégorie d'auxiliaires diplômés « dont la formation technique et professionnelle puisse assurer à la fois la protection de la santé publique et le relèvement de la profession¹²⁶ ».

Lorsque la pénurie de main-d'œuvre devient une évidence dans la foulée des transformations du réseau de la santé, le Collège des pharmaciens consent à étudier la question du personnel auxiliaire avec les personnes concernées du milieu pharmaceutique. Face aux craintes de certains pharmaciens quant au rôle du personnel de soutien dans les pharmacies, le Collège des pharmaciens abandonne rapidement l'idée de créer cette catégorie de personnel. En contrepartie, d'autres solutions sont étudiées pour éviter une pénurie de personnel et revaloriser la profession. Dans un premier temps, le Collège décide, en 1967, d'appliquer intégralement l'article 21 de la *Loi de pharmacie* qui rend le pharmacien responsable des actes posés par un assistant, un étudiant ou toute autre personne à son emploi¹²⁷. Le renforcement de la surveillance des pharmaciens licenciés a certes un effet sur la sélection des employés et des étudiants, en plus de limiter les tâches qui leur sont déléguées. D'autre part, le Collège opte pour un assouplissement des règles concernant l'admission à la pratique des aides-pharmaciens et des pharmaciens étrangers pour combler le manque de personnel¹²⁸.

TABLEAU 48.

Article 21 de la Loi de pharmacie, 1964

Article 21.
<p>1. Nul ne peut tenir un établissement pour la vente au détail, la préparation sur prescription ou la composition des poisons visés par la présente loi ou des drogues au sens du paragraphe 9 de l'article 1, ni vendre ou tenter de vendre, soit l'un de ces poisons ou de ces drogues, soit des préparations médicinales qui en contiennent, ni se livrer à la préparation des prescriptions, ni employer ou prendre le titre de pharmacien, de pharmacien-chimiste, de droguiste, d'apothicaire, de chimiste-préparateur ou de chimiste pharmaceutique, ou tout autre titre comportant une semblable interprétation, ni employer un titre quelconque qui ferait croire qu'il est pharmacien, ni employer les mots « pharmacie », « magasins de spécialités pharmaceutiques ou de médicaments brevetés » ou de « produits pharmaceutiques », ni, au surplus, employer des abréviations des mots susmentionnés ou des sigles, clichés ou vignettes qui feraient croire qu'il est pharmacien sans être une personne inscrite en conformité des dispositions de la présente loi.</p>
<p>2. Pour les fins de la preuve d'une vente de drogues, de poisons ou autres médicaments, le contenu d'une bouteille, d'une boîte ou d'un récipient est présumé <i>prima facie</i> correspondre aux drogues, poisons et autres médicaments décrits sur l'étiquette ou dans une ordonnance médicale.</p>
<p>3. Pour les fins de la présente loi, le propriétaire de la part duquel une vente est faite par un assistant, un étudiant ou une autre personne à son emploi, est considéré comme le vendeur, sans préjudice toutefois de la responsabilité encourue par les personnes visées à l'article 35.S.R. 1941, c. 267, aa.21, 21 a et 30; 8 Geo. VI, c. 42, a.11; 1-2 Éliz.II, c.55, aa.21 et 22.</p>

Pharmacie hospitalière et personnel auxiliaire

La percée de la pharmacie clinique à compter de la fin des années 1960 rend inévitable, aux yeux des pharmaciens d'hôpitaux, la création d'une classe d'auxiliaires leur permettant de déléguer les tâches techniques pour se consacrer aux tâches cliniques. Cette question divisera cependant pharmaciens d'hôpitaux et pharmaciens d'officine pour qui les besoins en matière de personnel de soutien diffèrent grandement. Face au refus de la profession de se doter d'une classe de personnel de soutien, les pharmaciens d'hôpitaux développent leurs propres critères de sélection des candidats, leurs programmes de formation en cours d'emploi et deviennent des précurseurs en ce qui a trait à la délégation d'actes, en plus de contribuer grandement à ce qu'un programme de formation en assistance technique en pharmacie soit constitué.

**L'AIDE TECHNIQUE :
UNE MENACE POUR LE PHARMACIEN ?**

Vers la fin des années 1960, la question du personnel de soutien devient un sujet d'actualité dans le milieu pharmaceutique. Les pharmaciens d'hôpitaux québécois considèrent dès lors que le recours à du personnel de soutien est une « occasion rêvée de séparer les activités techniques des activités professionnelles du pharmacien » et permettre au pharmacien « d'exercer son activité dans toutes les sphères où son jugement professionnel est requis¹²⁹. »

Dans le contexte de la réforme du système de santé au Québec, la question du personnel auxiliaire dépasse le cadre de la pharmacie. Sous la recommandation de la Commission sur la santé et le bien-être social (CESBES), qui souhaite identifier et recenser les professions auxiliaires au Québec afin de déterminer les besoins, le champ d'action, les responsabilités, les privilèges de chacune et ainsi organiser les programmes d'enseignement qui conviennent, un comité d'étude des professions auxiliaires est mis sur pied en 1968 pour recueillir les recommandations des divers groupes de professionnels¹³⁰. Après consultation des pharmaciens des secteurs communautaire, industriel, universitaire et hospitalier, le Collège des pharmaciens transmet ses recommandations au Comité d'étude des professions auxiliaires. Si les pharmaciens d'hôpitaux reconnaissent d'emblée la nécessité de créer une catégorie de personnel auxiliaire, la majorité des autres pharmaciens craignent que la formation d'une classe d'assistants ne dévalorise leur statut professionnel et ne mène même à la disparition complète du pharmacien. Ces inquiétudes cachent aussi une crainte de devoir consentir des salaires plus élevés à cette catégorie de personnel qui pourrait devoir acquérir une formation supplémentaire et revendiquer un meilleur statut. Dans ce dossier, le Collège des pharmaciens défend donc auprès des autorités gouvernementales les intérêts des pharmaciens d'officine pour qui le recours à des assistants techniques, dûment formés et qualifiés, entraînerait des coûts d'exploitation supplémentaires¹³¹. Comme le fait remarquer Paule Benfante en 1969: « *The major valid objection against the establishment of a recognized class is brought up by dispensing pharmacists, and college and faculty members. They can foresee that this group will want to exceed its scope*¹³². »

La question du personnel de soutien revient à l'ordre du jour lorsque la réforme du *Code des professions* est entre-

prise au Québec au début des années 1970 et que la *Loi de pharmacie* est appelée à être révisée. Puisque toute modification à l'exercice de la pharmacie et à la responsabilité légale du pharmacien doit faire l'objet d'un amendement législatif, les discussions se poursuivent pour évaluer la nécessité de créer une catégorie de personnel de soutien. Au cours des consultations, les commis en pharmacie, regroupés au sein de l'Association des préparateurs d'officine¹³³, revendiquent d'ailleurs un statut juridique en se basant sur le fait que « la mise en marché des produits pharmaceutiques est devenue à ce point simplifiée que le rôle du détaillant de produits pharmaceutiques est devenu totalement hors de proportion des qualifications exigées en vertu de la loi pour vendre des produits pharmaceutiques et devenir pharmacien¹³⁴ ».

Face au refus de la profession d'encadrer le travail du personnel de soutien, les pharmaciens d'établissements de santé doivent plutôt utiliser les balises existant dans le réseau de la santé concernant le personnel de soutien et composer avec les règles syndicales pour délimiter le rôle du personnel de soutien.

LE PERSONNEL DE SOUTIEN EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE : UNE DIVERSITÉ DE FONCTIONS ET DE TITRES

Dans les hôpitaux, le recours à du personnel de soutien est une pratique courante d'abord pour contrer la difficulté à attirer des pharmaciens licenciés dans le milieu, puis à cause des économies engendrées par cette façon de faire. À une époque où même les pharmaciens licenciés se font rares, le fonctionnement des services de pharmacie dans les hôpitaux québécois a longtemps reposé sur le travail de cette main-d'œuvre peu qualifiée à qui la préparation des ordonnances ou la distribution des médicaments ont souvent été confiées.

Par ailleurs, l'augmentation de la charge de travail dans les services de pharmacie dans l'après-guerre amène une multitude d'employés affectés au service de pharmacie dont les titres varient grandement sans définition précise des fonctions pour chaque catégorie d'employés : commis, aide-préparateur, technicien en pharmacie, assistant technique, dactylo, secrétaire, dactylo-sténo, aide féminin, magasinier sont quelques-uns des titres d'employés recensés en pharmacie au milieu du XX^e siècle. Cette confusion semble être commune à la profession puisque même aux

États-Unis, dans les années 1950, plusieurs titres sont recensés pour définir la catégorie de personnel non professionnel œuvrant en pharmacie. Alors que les termes *lay help* et *pharmacy helper-storekeeper* sont utilisés par l'ASHP en 1957, ce n'est qu'en 1966 que le terme *pharmacy technician* apparaît dans les publications officielles de l'ASHP¹³⁵.

Même si les archives consultées contiennent peu de renseignements sur les effectifs dans les services de pharmacie des hôpitaux du Québec, nous constatons que dans certains établissements le recours à du personnel auxiliaire est fréquent. Par exemple, en 1950, dix assistants techniques travaillent au Service de pharmacie de l'Hôpital Notre-Dame, dont une technicienne spécialement formée à l'Université de Montréal pour les techniques de stérilisation¹³⁶. En 1975, ce service de pharmacie compte maintenant 20 pharmaciens, 14 assistants techniques, 10 commis en pharmacie, un technicien de laboratoire (classé technicien B), 3 personnes au secrétariat, 2 commis-magasiniers¹³⁷. À l'Hôpital Sainte-Justine, le Service de pharmacie compte 13 employés en 1959, dont quatre pharmaciens, le reste étant du personnel technique ou de bureau. Ce service compte aussi un magasinier à partir de 1953 et un aide-préparateur à compter de 1962¹³⁸.

Une religieuse et son assistante à l'Hôtel-Dieu de Québec en 1960



Source : Archives des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec

La responsable du Service de pharmacie et deux assistantes à l'Hôpital Saint-Michel-Archange en 1948



Source : Musée Lucienne Maheux – Institut universitaire de santé mentale de Québec

Les employés du service de pharmacie de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières et la pharmacienne en 1960



Source : Archives personnelles de Lorraine Lottinville

Outre ce personnel de soutien, il est fréquent de trouver des infirmières en service dans les pharmacies d'hôpitaux¹³⁹. Par exemple, dès l'ouverture de l'Hôtel-Dieu

d'Amos en 1930, ce sont des infirmières auxiliaires qui assistent les infirmières religieuses en charge de la pharmacie de l'établissement¹⁴⁰. À compter de la fin des années 1950, le Collège des pharmaciens autorise les étudiants en pharmacie à compléter leur stage dans les hôpitaux, ce qui fournit une main-d'œuvre supplémentaire aux services de pharmacie.

Des gardes-malades en formation au Service de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine dans les années 1940



Source : Archives du CHU Sainte-Justine

Sœur Phaneuf, pharmacienne et chef du Service de pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, en compagnie du personnel auxiliaire en 1944.



Source : Archives des Hospitalières de Saint-Joseph

Des employés du Service de pharmacie et la religieuse pharmacienne de l'Hôpital Sainte-Justine en 1944



Source : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
Fonds Conrad Poirier (P48, S1, P10647).

techniques : « Il est clair que la responsable des prescriptions ne peut remplir à elle seule 300 à 400 prescriptions par jour ; il lui faut l'aide de personnes moins compétentes mais possédant un degré suffisant de culture, une onzième année, par exemple. L'idéal serait de n'avoir comme préposés aux ordonnances médicales que des étudiants en pharmacie ou des licenciés, chacun serait responsable de son travail en entier¹⁴¹ ».

Le refus de l'OPQ de créer une catégorie d'auxiliaires techniques assujettis à la *Loi sur la pharmacie* et l'absence de définition précise de leur rôle et de leurs fonctions font en sorte que plusieurs titres d'emploi différents sont utilisés dans les établissements de santé pour identifier cette catégorie de personnel jusqu'au milieu des années 1980. Alors qu'aux États-Unis, des travaux sont entrepris par des pharmaciens d'hôpitaux dès la fin des années 1950 pour clarifier la nomenclature du personnel dans les services de pharmacie, ce n'est qu'à la fin des années 1960 que les membres de la SPPH entreprennent des travaux en vue de mettre de l'ordre dans la nomenclature des titres recensés dans les services de pharmacie. Les travaux réalisés afin de produire un mémoire sur la

Malgré les besoins évidents pour des assistants, on note une réticence à recourir à des employés autres que des pharmaciens ou des étudiants pour remplir les tâches

formation des techniciens en pharmacie, puis les travaux produits par le comité des normes de la SPPH et le comité du personnel de soutien de l'A.P.E.S. en 1975¹⁴², mettent en relief la composition hétérogène des effectifs des services de pharmacie du Québec, puisque en 1974, une vingtaine de titres sont encore utilisés pour identifier le personnel de soutien¹⁴³.

TABLEAU 49.

Résultats de l'enquête de l'A.P.E.S. réalisée en 1974 et recensant les titres d'emploi dans les établissements de santé sondés

Titres recensés	Nombre d'hôpitaux
Commis à la pharmacie	65
Assistante technique	57
Dactylo	28
Commis intermédiaire	18
Commis magasinier	24
Secrétaire (médical)	15
Sténodactylo	4
Infirmière	3
Commissionnaire	2
Aide féminin de service	2
Entretien ménager	2
Opérateur convoyeur	1
Commis de bureau	1
Infirmière auxiliaire	2
Commis senior	1
Caissière	1
Technicien B-1 (114)	1

Source : Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8 SPPH. Procès-verbaux du 28/02/1974 au 19/04/1975. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 16 août 1974.

Alors que le comité des normes de la SPPH avait entrepris l'élaboration d'une nomenclature pour le personnel de soutien au début des années 1970, l'abandon par le Collège des pharmaciens du projet de formation d'une classe d'auxiliaire et le refus de mettre sur pied un programme collégial obligent à revoir les définitions élaborées. Le comité du personnel de soutien de l'A.P.E.S. reprend le travail en 1975 et établit les exigences minimales pour les différents postes. Comme l'utilisation du terme « technicien » est proscrite étant donné qu'il réfère à un employé ayant complété une formation collégiale, le comité réfère plutôt à un assistant technique en pharmacie et au

commis en pharmacie. Le premier est désigné comme une « personne qui, sous la responsabilité du pharmacien a pour responsabilité principale la préparation et/ou le conditionnement des médicaments, solutés et autres solutions ainsi que la mise à jour des documents du dossier relatif à l'ordonnance », le second est plutôt la « personne dont le travail consiste à assurer la distribution des médicaments à la pharmacie, aux unités de soins et départements y inclus convoyeur, monte-charge, pneumatique et à aider à la propreté de la pharmacie et du matériel¹⁴⁴ ». L'apparition du titre d'emploi « assistant technique en pharmacie » dans les conventions collectives dans les années 1970 et l'adoption du terme par l'A.P.E.S. ont probablement favorisé la généralisation de son emploi dans les services de pharmacie.

Les pharmaciens d'hôpitaux : pionniers de la délégation d'actes

L'avènement de la pharmacie clinique à la fin des années 1960 amène de plus en plus de pharmaciens à considérer comme indispensable la présence d'un personnel auxiliaire qualifié les déchargeant des tâches techniques au profit de tâches requérant l'application du jugement professionnel. Si le recours aux assistants techniques se généralise ailleurs en Amérique, au Québec, les craintes notamment des pharmaciens d'officine face à la création d'une telle catégorie de personnel vont retarder leur intégration et leur reconnaissance.

RÉVISION DU CODE DES PROFESSIONS ET PERSONNEL AUXILIAIRE EN PHARMACIE

Lorsque la nouvelle *Loi sur la pharmacie* est sanctionnée en 1973, aucune disposition n'est prévue pour octroyer un statut légal au personnel auxiliaire en pharmacie. Si la définition de l'exercice de la pharmacie est modifiée¹⁴⁵, l'article 10 de la loi laisse la liberté au Collège des pharmaciens, devenu l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1973, de « déterminer parmi les actes visés à l'article 17 ceux qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des classes de personnes autres que des pharmaciens ». Si à l'origine, cet article visait d'abord à déterminer les actes qui pouvaient être délégués aux membres des autres ordres professionnels et à encadrer ces personnes, les discussions entre représentants de tous les secteurs pharmaceutiques ont rapidement visé les commis

en pharmacie en tentant de définir les tâches relevant du pharmacien et celles relevant du personnel auxiliaire.

Les pharmaciens qui cherchent en fait depuis la fin des années 1960 à établir une liste d'actes pouvant être délégués envisagent donc de confier une multitude de tâches liées à la préparation, à la fabrication, à la distribution et à la gestion des médicaments, ce qui inquiète surtout les pharmaciens salariés des officines qui craignent ainsi de se voir remplacés par des employés moins bien rémunérés. La Commission sur les techniciens en pharmacie, formée par le Collège des pharmaciens pour étudier la question, convient finalement en 1973 que le technicien peut accomplir « sous la surveillance d'un pharmacien licencié, [...] toutes les tâches techniques relatives à la fourniture, à la vente et à la préparation des médicaments, produits pharmaceutiques, drogues et poisons, à leur préservation, à leur entreposage, au maniement des appareils et aux tests chimiques de substances pharmacologiques, ainsi qu'à la tenue du dossier individuel du patient¹⁴⁶ ».

Le règlement déterminant les actes visés à l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* pouvant être exécutés par des classes de personnes autres que des pharmaciens est finalement adopté en 1974 et prévoit que « toute personne majeure peut, sous la surveillance d'un pharmacien, vendre des médicaments et poisons et constituer le dossier-patient », en plus d'exécuter des tâches techniques reliées à la préparation des médicaments en exécution ou non d'une ordonnance tout en précisant que cette personne doit avoir cinq ans d'expérience dans les deux premières tâches avant de se consacrer à celles-ci¹⁴⁷. Si l'esprit de ce changement législatif avait pour objet d'encadrer d'autres professionnels exerçant en continuité avec le pharmacien (p. ex. : les infirmières dans le complément de préparation et d'administration de médicaments), il a davantage été perçu comme devant encadrer les non-pharmaciens dans les pharmacies.

Les pharmaciens d'hôpitaux vont donc se servir de cette avenue pour utiliser le personnel de soutien de façon plus efficiente afin de favoriser le rôle clinique du pharmacien.

ACTES DÉLÉGUÉS ET NORME 90.01

À partir du moment où la *Loi sur la pharmacie* est adoptée en 1973, les discussions s'amorcent pour déterminer précisément les actes pouvant être délégués au personnel

de soutien. En fait, l'évolution de la pratique pharmaceutique vers la pharmacie clinique fait de la délégation de tâches un sujet d'actualité dans le milieu des années 1970. En 1976, la SCPH publie d'ailleurs un énoncé de position sur les tâches des pharmaciens et du personnel non professionnel dans les services de pharmacie dans lequel elle conclut que la délégation est nécessaire à l'amélioration de la pratique :

Many of the functions performed in our hospital pharmacies could be delegated to non professional personnel under the supervision of a pharmacist. The delegation of these functions would allow the pharmacist to direct more of his time and energy to professional functions. The proper delegation of functions should provide the most economical pharmacy practice – the best pharmaceutical service for the funds available¹⁴⁸.

Le libellé du règlement déterminant les actes visés à l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* demeurant relativement vague quant aux tâches pouvant être déléguées aux assistants techniques, ce sont les pharmaciens d'hôpitaux qui exercent le plus de pression pour qu'au Québec l'étendue des actes à déléguer soit précisée. Dès la fin des années 1970, les pharmaciens d'hôpitaux jugent que l'absence de règles précises quant à la délégation d'actes aux assistants techniques constitue un frein important à l'application du concept de pharmacie clinique dans les hôpitaux et les empêche de se consacrer au rôle qui leur est dévolu par la loi, soit de contrôler l'utilisation des médicaments. Cette question fait l'objet de discussions en 1977 à l'occasion d'une journée d'éducation permanente de l'A.P.E.S. consacrée au personnel technique où les membres reconnaissent que « l'accomplissement par des pharmaciens, de certaines tâches qui pourraient être accomplies de façon plus appropriée par le personnel de soutien entraîne une dilution de talents pharmaceutiques et limite l'étendue des services pharmaceutiques qui pourraient être éventuellement fournis¹⁴⁹ ». Ils estiment aussi nécessaire de préciser les critères de sélection et de formation du personnel technique, et surtout de déterminer quels actes peuvent être délégués. Ce dernier point suscite cependant le plus de crainte, étant donné que la responsabilité professionnelle de l'acte pharmaceutique relève toujours du pharmacien. Or, l'absence de personnel qualifié et le roulement de personnel engendré par les règles d'affichage interne forcent les pharmaciens à

consacrer une partie de leur temps au développement et à l'exercice de mécanismes de contrôle, en plus de faire eux-mêmes des tâches techniques, ce qui est qualifié de gaspillage des ressources pharmaceutiques¹⁵⁰.

Enfin, l'article 31 de la *Loi sur la pharmacie* prévoit les mécanismes de surveillance en énonçant que « nul propriétaire ou administrateur de pharmacie ne doit laisser son établissement accessible au public sans que tout service pharmaceutique qui s'y rend soit sous le contrôle et la surveillance constante d'un pharmacien. » Cette disposition soulève deux questions : quelles sont les tâches techniques reliées à la préparation des médicaments qui peuvent être confiées à des non-pharmaciens et comment définir la notion de contrôle et surveillance constante.

Plusieurs établissements en viennent finalement à prendre les devants et à déléguer de plus en plus de tâches au personnel de soutien pour favoriser la décentralisation des activités des pharmaciens. À l'Hôpital Royal Victoria par exemple, le rôle des assistants techniques s'élargit considérablement dans les années 1980 pour englober une diversité de tâches, dont le conditionnement des médicaments intraveineux, l'addition aux solutés et la vérification contenant-contenu.

Après plusieurs années de discussions, l'OPQ adopte finalement, en décembre 1989, la norme 90.01 qui sanctionne des pratiques déjà implantées en milieu hospitalier. Cette norme décrit les 55 tâches pouvant être confiées à un non-pharmacien sous la surveillance d'un pharmacien autant en pharmacie communautaire qu'en pharmacie d'établissement de santé tout en précisant la nature des tâches et le type de surveillance qui peut y être associée (surveillance constante ou épisodique).

DES CRITÈRES D'EMBAUCHE PLUS STRICTS

Étant donné les carences et le manque d'uniformité de la formation du personnel technique, et puisque la mise sur pied d'un programme spécifique tarde à se faire, les pharmaciens d'hôpitaux conviennent, dès la fin des années 1970, de la nécessité de prendre en charge l'élaboration de critères de sélection plus stricts et un programme de formation en cours d'emploi¹⁵¹.

Les conventions collectives adoptées dans les années 1960 ont établi que seule la connaissance du système métrique est un prérequis pour occuper le poste d'assistant

technique. Malgré les recommandations de l'A.P.E.S. pour que le diplôme de secondaire V et la dactylographie soient ajoutés aux exigences, celles-ci demeurent les mêmes malgré l'évolution de la pratique pharmaceutique et la complexification des tâches techniques en pharmacie. Dans ces circonstances, les pharmaciens d'établissements de santé développent des critères d'embauche plus stricts et des tests pour vérifier la compétence des candidats. Ce faisant, ils s'opposent aux syndicats qui s'objectent en principe à l'ajout de tout critère d'embauche autre que l'ancienneté. Les tests et les critères varient énormément d'un établissement à l'autre et peuvent facilement être contestés par les syndicats¹⁵². De plus, l'élaboration de ces mécanismes de contrôle occupe une partie du temps du pharmacien qui ne peut se consacrer pleinement à ses autres fonctions professionnelles.

Afin de se protéger dans les cas de procédures de déplacement (*bumping*) et éviter les pertes de temps pour les pharmaciens, l'A.P.E.S. propose à ses membres en 1982 deux documents, soit les *Critères de sélection des assistants techniques* et le *Test de vérification de la compétence des assistants techniques*. Les tests et les critères de sélection ont été développés par un groupe de huit pharmaciens de la région de Montréal et « représentent, sinon l'idéal, au moins une tentative rationnelle pour résoudre un vieux problème toujours actuel¹⁵³ ».

TABLEAU 50.

Critères minima pour la sélection des assistants techniques tels qu'élaborés par l'A.P.E.S. en 1982

Être détenteur d'un certificat de fin d'études secondaires
Connaître la technique de la dactylo (40 mots/minute)
Posséder une connaissance adéquate du système métrique de poids et mesures, et être capable de réaliser des calculs simples
Posséder une expérience pertinente à l'accomplissement des fonctions décrites au titre d'emploi en conformité avec le règlement n° 15 de l'Ordre des pharmaciens, ou posséder une compétence équivalente
<p>Selon les caractéristiques spécifiques du milieu et la description de fonctions du poste à combler, d'autres critères peuvent être pertinents, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaître l'anglais, l'italien, etc. - posséder une expérience du travail sur écran cathodique - posséder une expérience dans le conditionnement des médicaments.

Source A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. A.P.E.S. *Un besoin pressant : des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament. Septembre 1983, p. 8.

L'autorité des chefs de département dans le domaine de l'embauche des assistants techniques est confirmée en 1989 par une sentence arbitrale mettant en cause un centre hospitalier de la région de Montréal et qui reconnaît au chef le droit de formuler ses propres exigences pour la sélection d'un personnel compétent. Dans sa décision, l'arbitre stipule que l'employeur a le droit d'émettre des « exigences normales » autres que celles figurant dans le libellé d'emploi, en autant que ces exigences soient liées à la nature du travail à accomplir. L'employeur peut donc exiger que le candidat se soumette à un test d'évaluation quand la convention collective ne l'interdit pas et il n'est pas tenu de considérer la candidature de postulants ne répondant pas aux exigences qu'il a formulées¹⁵⁴. Cette nouvelle disposition permet en fait de reconnaître les nouveaux diplômés issus du programme de formation professionnelle en assistance technique en pharmacie, et de faire de ce diplôme une exigence pour l'embauche dans les centres hospitaliers.

LA RECLASSIFICATION NÉCESSAIRE DES ASSISTANTS TECHNIQUES

À la fin des années 1980, une décision arbitrale vient confirmer la pertinence de resserrer les exigences à l'embauche des assistants techniques, et d'y ajouter notamment le diplôme d'études professionnelles en assistance en pharmacie, créé en 1987. Si depuis quelques décennies ces postes sont octroyés grâce à l'affichage interne en tenant compte de l'ancienneté, cette décision confirme qu'il faut envisager le recours externe à des personnes adéquatement formées, ce qui confirme la reconnaissance du DEP à l'embauche.

La complexification des tâches des assistants techniques avec le développement de la pharmacie clinique puis des soins pharmaceutiques justifie la création d'un nouveau titre d'emploi en 1996. En effet, au début des années 1990, un assistant technique (titre 3212) demande une reclassification à titre de technicien B, dont la rémunération est supérieure à celle de l'assistant technique, en se basant sur le fait que les tâches accomplies sont plus complexes que celles faites par d'autres assistants techniques et requièrent des connaissances plus poussées des manipulations et techniques stériles ou des principes d'asepsie. Une demande est par la suite acheminée au Comité des emplois non prévus pour déterminer un titre d'emploi plus approprié. Le tribunal d'arbitrage rend sa

décision en 1996 et crée le poste d'assistant technique senior en pharmacie (titre 3215), dont le libellé est :

Personne qui, sous la responsabilité d'un pharmacien ou d'une pharmacienne, a pour fonction principale de l'assister, selon les techniques aseptiques et les protocoles établis, dans la préparation et le conditionnement de médicaments exigeant des calculs pharmaceutiques complexes et des techniques spécialisées telles que les préparations stériles injectables requises dans une centrale d'additifs aux solutés (SCAS) ou un service équivalent, l'alimentation parentérale et les antinéoplasiques. Doit connaître le système international, la nature et les particularités des produits pharmaceutiques à manipuler, les calculs pharmaceutiques et les techniques d'asepsie. Doit détenir le diplôme d'assistant technique en pharmacie (D.E.P) ou posséder une compétence équivalente¹⁵⁵.

Le poste de technicien B est donc appelé à disparaître, comme le suggère la décision arbitrale :

À l'analyse des lois et règlements, on constate que le technicien « B » n'a pas de formation spécifique. Il est la résultante d'une clause grand-père qui a permis à ces travailleurs de continuer à œuvrer dans un champ d'activités désormais réservé aux technologistes médicaux, un titre d'emploi réservé en vertu de la loi à des gens qui ont complété la formation exigée en ce domaine. Le technicien « B » est un titre d'emploi qui est appelé à disparaître, ceux-ci étant remplacés par des technologistes médicaux lorsqu'ils quittent¹⁵⁶.

À la suite de cette décision, plusieurs départements de pharmacie du Québec procèdent à la reclassification d'une partie ou de la totalité de leur personnel technique. En 2006, l'A.P.E.S. estime à environ 20% la proportion d'ATP détenant encore le titre 3212¹⁵⁷.

SOINS PHARMACEUTIQUES, PÉNURIE ET ACTES DÉLÉGUÉS

Dans les années 1990, la percée des soins pharmaceutiques en concomitance avec l'aggravation de la pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé rendent d'autant plus nécessaires les assistants techniques pour secondar les pharmaciens et leur permettre de déléguer davantage les actes techniques pour se concentrer sur les actes professionnels.

Dans ce contexte, l'A.P.E.S. lance une réflexion, *Virage 2000*, pour connaître les besoins de ses membres. Au cours de cette séance de travail, les membres reconnaissent la nécessité de confier plus de tâches liées à la distribution au personnel auxiliaire afin de permettre au pharmacien de se consacrer à son rôle clinique. L'A.P.E.S. entreprend alors des démarches pour que des tâches additionnelles soient ajoutées à la norme 90.01 et un comité de réingénierie du processus de distribution des médicaments est mis sur pied en 1998 pour identifier les « actes déléguables »¹⁵⁸.

Un second comité *ad hoc* sur la détermination des tâches pouvant être confiées à des classes de personnes autres que des pharmaciens en établissement de santé est formé par l'A.P.E.S. en 1998 pour déterminer si la vérification contenant-contenu est une tâche professionnelle et sinon, pour définir le contexte où elle peut l'être¹⁵⁹. En 1998, la proposition de mise à jour de la norme 90.01 provoque des frictions entre l'A.P.E.S. et l'OPQ, les pharmaciens d'établissements demandant que la norme aille plus loin dans la délégation de tâches, alors que le secteur privé se montre réticent à une telle délégation¹⁶⁰.

À cette occasion, l'OPQ définit aussi les principes de délégation en établissement de santé et identifie 13 tâches qui peuvent être déléguées. Les six principes de la délégation se résument ainsi : l'intérêt et la sécurité du patient doit primer quand il est décidé de déléguer un acte ; les conditions de délégation, les méthodes de formation et d'évaluation et les mesures de contrôle de qualité doivent être incluses dans un protocole qui doit être approuvé par les autorités de l'établissement ; la délégation de la vérification contenant-contenu ne supprime pas la vérification ; dans la plupart des cas, la vérification doit être effectuée par une personne distincte de celle qui a fait l'activité ; s'il est possible de déléguer une tâche, il n'est pas impliqué que cette tâche doive obligatoirement l'être ; l'établissement assume la responsabilité de l'application des politiques sur la préparation et la distribution des médicaments, incluant les protocoles relatifs à la délégation de la vérification contenant-contenu¹⁶¹.

Ainsi, la norme 90.01 fait l'objet d'une mise à jour importante en mars 2000, afin d'ajouter 13 activités déléguées propres à la pratique en établissement de santé, et particulièrement en ce qui concerne la vérification contenant-

contenu¹⁶². Une consolidation de ces documents a été publiée en novembre 2005. Notons qu'un projet pilote est réalisé en 2000 à l'Hôtel-Dieu de Montréal afin de documenter la faisabilité de la nouvelle norme¹⁶³.

Compte tenu de la volonté d'élargir le concept de délégation contenant-contenu à la pratique en pharmacie communautaire, l'Ordre revoit dans son ensemble le cadre normatif de la délégation et publie en 2010 une nouvelle norme qui définit à nouveau les tâches pouvant être confiées à des non-pharmaciens, tant en établissement de santé qu'en officine¹⁶⁴.

LA CERTIFICATION DES ASSISTANTS TECHNIQUES AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA

La certification peut être définie comme « un processus par lequel un organisme non gouvernemental ou une association reconnaît les mérites d'un individu qui répond à des critères d'admissibilité définis par cet organisme ou cette association¹⁶⁵ ». Son objectif est de « définir les qualifications requises pour exercer la profession de sorte que l'employeur soit assuré que l'assistant technique a reçu une formation adéquate¹⁶⁶ ».

Si la certification du personnel auxiliaire est évoquée dès les années 1960, ce n'est que dans les années 1990 que plusieurs états américains et provinces canadiennes procèdent, la certification étant considérée comme le meilleur moyen de garantir une main-d'œuvre qualifiée dans un contexte d'application des soins pharmaceutiques. Dans le *White Paper on Pharmacy Technicians*, publié en 1996, l'ASHP révèle que la formation des assistants techniques varie grandement, certains ayant complété un programme scolaire, alors que d'autres ont été formés en cours d'emploi. En 1995, un programme national facultatif de certification pour les techniciens en pharmacie est lancé par le Pharmacy Technician Certification Board, une agence d'évaluation indépendante mise sur pied par l'AphA, l'ASHP, le Illinois Council of Health-System Pharmacists et le Michigan Pharmacists Association¹⁶⁷.

Au Canada, ce n'est qu'en 2001 que la SCPH recommande la mise en place d'un processus de certification

spécifique pour les techniciens en pharmacie afin de s'assurer de la compétence de cette catégorie de personnel. Depuis, la tendance est au développement de programmes nationaux d'accréditation de programmes de formation ou de certification des techniciens. À ce jour, seules l'Ontario et l'Alberta ont toutefois réussi à implanter un système de certification du personnel technique mais des projets de certification nationale sont en développement au pays¹⁶⁸. La certification demeure facultative au Canada, mais certains employeurs peuvent exiger un certificat qu'ils émettent eux-mêmes¹⁶⁹.

À partir de 2006, le Canadian Council for Accreditation of Pharmacy Programs (CCAPP) entreprend un projet d'accréditation de programmes de formation en techniques pharmaceutiques auquel participent le Collège des pharmaciens de l'Alberta et le Collège des pharmaciens de Colombie-Britannique. Le développement d'un examen national par le PEBC et l'élaboration de compétences professionnelles requises à l'entrée à la pratique pour les techniciens en pharmacie par la National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA) marquent le début d'instauration de programmes nationaux pour les techniciens en pharmacie¹⁷⁰.

Le groupe de travail sur la délégation de la vérification contenant-contenu de l'A.P.E.S. conçoit, en 2002, un guide pour aider les départements de pharmacie à élaborer le protocole de délégation d'acte. En effet, la vérification contenant-contenu se fait sous la supervision du pharmacien selon des procédures et un protocole préalablement établis et spécifiques à cette tâche.

Parallèlement, l'OPQ organise des états généraux de la pratique pharmaceutique en 2002 au cours desquels il devient évident que la délégation des actes ne fait pas consensus dans le milieu. Alors que certains y voient un moyen essentiel de combler la pénurie de pharmaciens, d'autres s'interrogent à savoir « si le pharmacien ne coupe pas ainsi la branche sur laquelle il est assis ». Le point de discord principal demeure la nature des tâches à déléguer et la responsabilité de l'acte qui, tant que les assistants techniques ne feront pas partie d'un regroupement professionnel, demeure celle des pharmaciens. Cette contradiction est soulevée par un pharmacien qui « trouve étonnant de constater que les pharmaciens désirent déléguer certaines

tâches aux assistants techniques tout en conservant les responsabilités ». Certains pharmaciens d'officine ont émis la crainte de perdre ainsi le contact avec les patients¹⁷¹.

L'enquête canadienne sur la pharmacie hospitalière 2007-2008 met en évidence le fait que la délégation de tâches de vérification au personnel technique est nettement moins fréquente au Québec qu'ailleurs au Canada, particulièrement en ce qui concerne certaines tâches. « Bien que la norme 90.01 (actes visés à l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* pouvant être délégués à des classes de personnes autres que des pharmaciens) ait été révisée et publiée en novembre 2005 et permette la "délégation" de la vérification contenant-contenu en établissement de santé pour l'ensemble des tâches nommées ci-dessus, force est de constater que la mise en application de cette norme tarde à se faire au Québec¹⁷² ». Une enquête réalisée par l'A.P.E.S. en 2007 confirme que cet écart persiste toujours¹⁷³.

TABLEAU 51.

Proportion d'établissements répondant à l'enquête sur la pharmacie hospitalière 2007-2008 pratiquant la délégation de vérification au personnel technique pour certaines tâches au Québec et au Canada

Activité	Québec	Canada
Préparation de nouvelles ordonnances	48 %	60 %
Préparation de renouvellements d'ordonnance	67 %	79 %
Préparation de doses intérimaires	62 %	74 %
Préparation d'alimentation parentérale	13 %	28 %
Préparation de solutions intraveineuses pour patients	15 %	39 %
Préparation en lot de solutions intraveineuses pour patients	26 %	59 %
Préparations extemporanées	42 %	63 %

Source : Bussièrès JF, Lefebvre P Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissements de santé 2007-2008. *Pharmactuel* 2009 (janvier-février) ; 42 (1) : 61.

En 2008, l'OPQ forme, à la demande des associations pharmaceutiques, un groupe de travail pour étudier la pertinence d'un document de l'ANORP, intitulé *Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians*.

*Une assistante technique au secteur automatisé
du Département de pharmacie
du CSSS du Grand Littoral, en 2009.*



Source : Archives du CSSS du Grand Littoral

L'A.P.E.S. poursuit ses efforts afin de soutenir la contribution du personnel technique aux activités pharmaceutiques en établissement de santé. Elle publie un nouveau *Guide sur la délégation* en 2009, lequel s'inscrit dans la volonté du MSSS et des agences d'optimiser la délégation de certaines tâches au personnel technique dans le cadre de la mise à niveau du circuit du médicament et du projet sur les systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM). L'enquête canadienne sur la pharmacie hospitalière révèle aussi l'émergence d'un rôle de soutien du personnel technique à des activités cliniques du pharmacien décentralisé dans les programmes de soins en établissement de santé.

La formation des assistants techniques

Bien que la nécessité de se doter de personnel auxiliaire soit reconnue par les pharmaciens d'établissements de santé dès la fin des années 1960, le débat se poursuit dans les décennies suivantes afin de déterminer le type de formation à offrir à cette catégorie de personnel. L'absence de définition précise des tâches et des fonctions du personnel de soutien et les variations entre les besoins en officine et en établissement de santé vont cependant retarder l'implantation d'un programme de formation pour le personnel auxiliaire.

Même si le Québec est la seule province à s'être dotée d'un programme professionnel uniforme, il reste que les compétences des assistants techniques varient d'un milieu à l'autre. Alors qu'en officine le diplôme d'assistance technique n'est pas requis à l'embauche, en établissement de santé son obtention devient la norme à partir des années 1990.

UN PROGRAMME SCOLAIRE OU UNE FORMATION EN COURS D'EMPLOI ?

Dès la fin des années 1960, les pharmaciens, reconnaissant que la présence du personnel de soutien est essentielle au développement de la pharmacie, débattent du type de formation à leur offrir. En 1968, Nathan Fox rappelle dans une communication orale, les propos de Jack Summers publiés dans la revue *Hospital Pharmacist* en 1966 :

*Des assistantes techniques à l'œuvre dans le secteur distribution
du Département de pharmacie du CSSS du Suroît, en 2009.*



Source : Archives du CSSS du Suroît. Service des communications.

*Before we go further with the concept of the Pharmacy Technician let us spell out quite clearly those tasks within the total pharmacy function that require the exercise of professional judgment and which require the direct participation of the Pharmacist. After this is done, the remaining tasks should be carefully examined in the light of the type of training required to fit a non-professional employee for their performance*¹⁷⁴.

Au Canada, la SCPH forme le comité sur l'utilisation du personnel en pharmacie en 1966 où les membres font part de leur préférence pour un programme de formation en cours d'emploi pour lequel la SCPH élaborerait les lignes directrices afin d'aider les pharmaciens dans la conception de ces programmes. L'année suivante, les lignes directrices sur la formation du personnel non professionnel (*Guidelines for the training of non-professional personnel in hospital pharmacy*) sont publiées par la SCPH. Parallèlement, l'APhC, après que le sujet ait été abordé dans le cadre de la Commission sur les services pharmaceutiques mise sur pied en 1967, recommande elle aussi, dans le rapport de la commission, que le personnel de soutien en pharmacie bénéficie d'une formation en cours d'emploi. Les pharmaciens militent pour une formation en cours d'emploi, peut-être parce que moins coûteuse et pouvant contribuer à la rétention du personnel formé, contre une formation externe obligeant la tenue de stages sans lien avec les besoins d'embauche.

Dans les *Guidelines for the training of non-professional personnel in hospital pharmacy*, la SCPH fait valoir que :

*By using the term technician, it is implied that a reasonable degree of training has been involved, and a certain degree of competency has been achieved. Therefore, it should be expected that persons entering a training program meet certain basic requirements: 1) general knowledge of basic high school chemistry, physics and mathematics, 2) ability to acquire skill in the use of pharmaceutical apparatus, instruments, and equipment, 3) ability to work with sustained attention and carefulness on routine repetitive tasks, 4) ability to follow oral and written instructions with accuracy, precision and dependability, 5) ability to distinguish between routine functions and those requiring professional judgment*¹⁷⁵.

En 1971, un rapport de la Commission sur les services pharmaceutiques de l'APhC recommande à nouveau le recours à la formation en cours d'emploi.

Malgré ces recommandations, des programmes de formation offerts par des établissements d'enseignement voient le jour au Canada dès le début des années 1970. La SCPH élabore, en 1976, de nouvelles normes mises à jour régulièrement depuis, au sujet des programmes de formation pour les assistants techniques afin d'aider les pharmaciens d'hôpitaux à évaluer les programmes et à offrir des balises aux institutions offrant ces programmes¹⁷⁶.

LES PROGRAMMES DE FORMATION AUX ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis, l'organisation d'un programme structuré de formation en cours d'emploi pour les techniciens est une pratique très répandue. Les cours s'échelonnent sur une période variant de six à neuf mois et comprennent 600 heures de formation dont le tiers est consacré à des cours théoriques et le reste à des travaux pratiques¹⁷⁷.

Des programmes formels de formation en cours d'emploi sont d'abord mis sur pied dans les années 1940 et 1950 par les forces armées américaines. À la fin des années 1960, les premiers programmes de formation pour les assistants techniques en hôpital commencent à voir le jour et se multiplient dans la décennie suivante, en réponse à la demande des pharmaciens d'hôpitaux. L'ASHP publie par la suite, dans les années 1980, des lignes directrices pour aider les pharmaciens à développer leurs propres programmes de formation¹⁷⁸.

Au milieu des années 1990, on dénombre environ 90 programmes de formation pour les assistants techniques en pharmacie aux États-Unis, la plupart étant offerts dans les collèges communautaires et les écoles techniques, et 44 d'entre eux étant certifiés par le programme national de certification. Pour recevoir cette certification, les programmes doivent offrir un minimum de 600 heures de formation pratique sur une période minimale de 15 semaines. À la fin de la décennie, l'ASHP, l'AACP, l'American Association of Pharmacy technicians, l'APhA et le Pharmacy Technician Educators Council collaborent afin de développer un programme destiné à servir de modèle pour les écoles¹⁷⁹.

**L'ÉMERGENCE DES PROGRAMMES
D'ENSEIGNEMENT POUR ASSISTANTS
TECHNIQUES AU CANADA**

Peu à peu, au Canada, des exigences sont établies concernant la formation ou les compétences requises des assistants techniques. Au milieu des années 1960, les provinces maritimes établissent et reconnaissent une classe de commis certifiés dont la formation consiste en une année d'université et trois ans d'expérience en pharmacie, mais le cours qui est offert est rapidement annulé. À la fin de la décennie, la création d'une classe d'assistants non professionnels, pour le pharmacien dont les exigences sont une scolarité équivalente au niveau secondaire, une compétence en dactylographie, pour la tenue de livres et d'autres fonctions relatives au secrétariat et dont la formation a lieu en pharmacie sous supervision, est approuvée en Colombie-Britannique.

Les premiers programmes de formation voient le jour dans les années 1970 en Ontario, au Humber College, puis au St-Clair College¹⁸⁰. Malgré l'existence de programmes de formation dans le domaine de l'assistance technique en pharmacie, il reste qu'encore récemment, beaucoup de ces employés reçoivent toujours une formation maison ou sont formés « sur le tas » en pratique communautaire¹⁸¹.

Au Québec, le débat autour de l'implantation d'un programme de formation spécifique aux assistants techniques en pharmacie est esquivé tout au long des années 1960 au profit de discussions visant à définir clairement l'acte pharmaceutique ou à combler les besoins en personnel auxiliaire par des étudiants en pharmacie ou des pharmaciens étrangers¹⁸². Par ailleurs, une partie des membres du Collège des pharmaciens considère aussi que l'élaboration d'un programme de pharmacie serait onéreuse et fastidieuse. L'ouverture des cégeps en 1967 amène cependant le gouvernement à étudier la création éventuelle de nouveaux programmes, ce qui force le Collège des pharmaciens à réactiver l'étude de la question concernant les techniciens. Le collège met donc sur pied en 1969 un comité qui étudie les recommandations des associations pharmaceutiques et des universités quant à la formation d'une classe de technicien et à l'élaboration de programmes. Ce comité conclut finalement qu'il « doit s'opposer

à la création d'une classe de techniciens devant être formés dans les cégeps [puisque] la protection du patient et de la santé publique doit primer sur les facteurs socio-économiques de même que sur les intérêts des parties en cause¹⁸³».

Puis, en 1971, le ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales conviennent de la pertinence de créer un poste de technicien en industrie pharmaceutique. Dès lors, les cégeps de Saint-Hyacinthe et de Saint-Jérôme se voient confier le mandat d'élaborer un tel programme. Après consultation de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et de l'Association professionnelle des pharmaciens d'industrie du Québec, le projet est écarté, les deux organismes considérant que les débouchés sont minces dans le secteur industriel pour créer une catégorie de techniciens. Le Collège régional Bourchemin de Saint-Hyacinthe prépare, pour sa part, un programme visant à former des techniciens en pharmacie d'hôpital¹⁸⁴. Le projet présenté porte sur un programme de trois ans composé d'une portion théorique et de stages visant à former des techniciens aptes à préparer des médicaments sous la direction d'un pharmacien licencié.

En parallèle, le Conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens forme une Commission sur les techniciens en pharmacie qui a « pour mandat d'évaluer les répercussions de l'article précité [article 17 de la *Loi sur la pharmacie*], les travaux déjà effectués dans ce domaine, la situation actuelle et l'orientation à prendre¹⁸⁵ ». Sous la responsabilité de M^{me} Leclerc-Chevalier, cette commission est formée du doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, D^r Julien Braun, du directeur de l'École de pharmacie de l'Université Laval, D^r Pierre Claveau, du président du Collège des pharmaciens du Québec, M. Jacques Gagnon, du coordonnateur des activités professionnelles au Collège des pharmaciens, M. Pierre Robert, d'un pharmacien d'officine, M. Roger Des Groseillers et de deux pharmaciens d'hôpitaux, MM. Jean-Yves Julien et Roger Leblanc. La commission dépose un rapport à l'automne 1973 où elle fait part de ses inquiétudes à propos de l'éventuelle création de programmes de formation pour les techniciens en pharmacie. L'absence de dispositions juridiques couvrant le personnel technique, de directives précises concernant les tâches pouvant être déléguées à du personnel et de définition claire du concept de « surveillance » du personnel technique, combinée à la

crainte de voir le personnel technique remplacer le pharmacien, sont autant de facteurs qui amènent le Collège des pharmaciens à rejeter la mise en place de programmes collégiaux de formation¹⁸⁶.

Face à ce refus, les pharmaciens d'hôpitaux doivent élaborer leurs propres méthodes pour garantir une certaine uniformité dans les pratiques de leurs employés. La formation en cours d'emploi est la voie privilégiée pour y arriver en l'absence d'un programme scolaire de formation.

LA FORMATION EN COURS D'EMPLOI

Depuis la fin des années 1960, la formation en cours d'emploi est la voie privilégiée pour assurer un minimum de qualification du personnel auxiliaire. Malgré l'existence de normes élaborées par la SCPH en 1968¹⁸⁷, la formation ainsi offerte aux candidats est plutôt disparate. Une enquête réalisée par l'A.P.E.S. au début des années 1980 révèle que la période d'entraînement des assistants techniques est de 53 jours en moyenne dans les 67 établissements répondants et que cette période est plus courte dans les petits centres que dans les grands centres où elle peut même s'étendre jusqu'à un an¹⁸⁸. L'A.P.E.S. constate aussi que, malgré la volonté et les tentatives de certains pharmaciens de mettre sur pied un programme de formation en cours d'emploi, les circonstances inhérentes au travail en pharmacie d'établissement font en sorte que ces programmes se résument souvent à des échanges d'information¹⁸⁹.

Malgré l'existence de plus en plus répandue de programmes scolaires pour les assistants techniques en pharmacie, il reste qu'au début des années 1990, le rapport canadien sur la pharmacie hospitalière révèle qu'encore 51 % des hôpitaux ont à leur emploi des assistants techniques ayant été formés en cours d'emploi. Dans les provinces atlantiques, au Québec et en Saskatchewan, cette proportion grimpe à 70 %, alors que les trois quarts des centres hospitaliers universitaires font appel à des assistants techniques diplômés d'un programme scolaire¹⁹⁰.

VERS LA CRÉATION D'UN DIPLÔME D'ÉTUDES PROFESSIONNELLES

Dès la fin des années 1960, le gouvernement québécois entreprend l'étude des professions auxiliaires dans le domaine de la santé afin de déterminer les besoins et les programmes de formation à mettre sur pied. Après une

analyse de la situation, il est proposé au Collège des pharmaciens de concevoir un programme de formation collégial pour le personnel auxiliaire en pharmacie. Dans le cadre de ces travaux, la SPPH propose un programme collégial comprenant un stage dirigé d'un an dans un hôpital universitaire ou spécialisé sous la surveillance d'un pharmacien licencié¹⁹¹. Dans les années qui suivent, la Commission sur les techniciens en pharmacie analyse différents projets de programmes soumis par des cégeps. Alors que le CÉGEP de Saint-Jérôme propose un programme adapté aux besoins de l'industrie pharmaceutique, le CÉGEP de Saint-Hyacinthe propose plutôt la création d'un programme spécifique à la pharmacie hospitalière. D'une durée de trois ans, ce programme est formé d'une portion théorique et d'un stage pratique et mène à la formation de techniciens ayant comme principale fonction la préparation des produits pharmaceutiques sous la direction d'un pharmacien licencié¹⁹².

Dans son rapport publié en 1976, l'Opération Sciences de la Santé estime que :

Selon l'évolution du réseau québécois de distribution de soins de santé, avec l'éventualité d'une extension de la couverture des services pharmaceutiques par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'établissement de services pharmaceutiques professionnels dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'accueil, etc., il y aurait lieu d'envisager la formation de deux types de professionnels en pharmacie [le technicien en pharmacie et le pharmacien clinique]. Selon cette hypothèse, le technicien en pharmacie deviendrait un membre du personnel pharmaceutique qui, sous la supervision d'un pharmacien, serait orienté vers la distribution des produits pharmaceutiques dans les établissements ou les officines et dont la formation, surtout technique, serait collégiale¹⁹³.

Malgré ces recommandations, aucun programme de formation n'est élaboré pour le personnel technique, et, en 1983, l'A.P.E.S. constate l'urgence d'améliorer la formation du personnel technique étant donné ses carences et son manque d'uniformité :

Cependant, l'évolution actuelle de la pratique de la pharmacie hospitalière exige davantage. D'une part en effet, le développement des fonctions cliniques (pharmacocinétiques, monitoring de la thérapie,

information pharmacologique, etc.) du pharmacien requiert de lui une présence de plus en plus constante dans les unités de soins et les départements. D'autre part, l'amélioration des méthodes de distribution de médicaments (distribution unidose, addition aux perfusions parentérales, technique des mini-sacs, etc.) nécessitera une compétence technique accrue du personnel de soutien¹⁹⁴.

C'est finalement en 1984 que l'OPQ ouvre la porte à la formation des assistants techniques. Alors que le *Règlement déterminant les actes visés à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie pouvant être exécutés par des classes de personnes autres que des pharmaciens* reconnaît déjà le commis en pharmacie, l'OPQ prend position en 1984 afin d'appuyer la formation d'une classe d'assistants techniques possédant des qualifications précises, plutôt que d'être formés en cours d'emploi, ce qui ouvre la voie à la mise sur pied d'un programme scolaire¹⁹⁵. Ainsi, après une entente formelle entre le ministère de l'Éducation et l'OPQ, avec le soutien de l'A.P.E.S. et de l'A.Q.P.P., un programme de formation composé d'un tronc commun et des options « pharmacie communautaire » et « pharmacie d'établissement de santé », peut être mis sur pied¹⁹⁶. Le ministère s'engage notamment à recruter des pharmaciens pour enseigner certains cours, tandis que l'OPQ s'engage à inspecter les écoles pour s'assurer du respect du cadre législatif. Par la suite, le ministère de l'Éducation s'adresse à l'équipe de l'Hôpital Royal Victoria pour prendre part à un projet pilote en vue d'implanter le cours d'assistance technique en pharmacie¹⁹⁷.

Ainsi, un programme de formation (diplôme d'études professionnelles – assistance technique en pharmacie) pour les assistants techniques se dirigeant autant vers le milieu communautaire qu'hospitalier est mis sur pied par le ministère de l'Éducation en 1987. Le premier cours est offert à la Commission scolaire de Châteauguay à compter de février 1988. Ce programme de 900 heures compte un tronc commun de 450 heures et deux blocs de 225 heures chacun, l'un pour le secteur communautaire et l'autre pour le secteur des établissements de santé, et a pour objectif de « préparer à exécuter avec compétence les tâches relatives à l'auxiliaire qualifié au niveau du seuil d'entrée sur le marché du travail, favoriser une certaine polyvalence par le développement d'habiletés transférables à d'autres tâches connexes [et] permettre d'exercer ce

métier de façon suffisamment autonome tout en respectant le protocole préalablement établi par le pharmacien¹⁹⁸ ». L'étudiant doit aussi réussir un stage en milieu communautaire et un stage en établissement de santé.

Ce programme est accessible aux candidats ayant complété dix années de scolarité et obtenu les crédits exigés en langue maternelle, en langue seconde et en mathématique ou qui ont complété onze années de scolarité. En outre, il est aussi prévu de rendre le programme accessible aux personnes œuvrant déjà dans les départements de pharmacie¹⁹⁹. La première cohorte qui gradue en juin 1988 compte 17 étudiants²⁰⁰. À noter que plusieurs diplômés de la première cohorte étaient des ATP en poste à la Cité de la Santé de Laval.

TABLEAU 52.

Liste des cours du programme Assistance en pharmacie, offert à la Commission scolaire de Châteauguay en 1987.

Titre du cours	Nombre d'heures
Biologie humaine	15
Opérations élémentaires de calculs pharmaceutiques	45
Terminologie pharmaceutique	60
Chimie et préparations magistrales	30
Aspects légaux de la pratique de la pharmacie	30
Communication et relations interpersonnelles reliées à la pharmacie	45
Santé, sécurité au travail et éthique professionnelle	30
Dactylographie de base – 20 mots/minute	45
Dactylographie – 40 mots/minute	6
Classement des documents	30
Fonctionnement du micro-ordinateur	30
Logiciels d'application pharmaceutique	30
Pratique en pharmacie communautaire I	60
Pratique en pharmacie communautaire II	60
Médicaments sans ordonnance et produits en vente libre	45
Activités d'intégration en pharmacie communautaire	60
Organisation d'un département de pharmacie d'établissement de santé	15
Méthodes et techniques d'administration des médicaments d'établissement de santé	30

Pharmacologie des médicaments d'établissement de santé	30
Distribution des médicaments non parentéraux	45
Distribution des médicaments parentéraux	45
Activités d'intégration en pharmacie d'établissement de santé	60

Source : Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1987-1988. Lettre du directeur du Service d'éducation des adultes – Commission scolaire Châteauguay, Pierre Marchand, au président de l'A.P.E.S., François Schubert, concernant la présentation du programme d'assistance en pharmacie, 20 octobre 1987.

Au fil des ans, le cours d'assistance technique en pharmacie est offert dans plus d'une dizaine d'établissements, ce qui permet de couvrir tout le territoire de la province. En 2007, plus de 300 candidats peuvent être admis dans le programme²⁰¹.

Bien que le DEP ne soit pas obligatoire pour aider le pharmacien dans ses tâches en pratique communautaire, il est généralement requis par tous les établissements de santé pour œuvrer dans leur département de pharmacie. Malgré cela et étant donné les besoins plus grands dans les établissements de santé, la formation vise équitablement le secteur communautaire et le secteur hospitalier.

La mise sur pied d'un cours d'assistance technique en pharmacie permet aux assistants techniques d'être reconnus comme un groupe à part entière et favorise leur organisation professionnelle. Certaines des assistantes techniques de l'Hôpital Royal Victoria, dont Josie Caporelli, Marie-France Moquin, Jocelyne Perron et Ginette Lavoie, qui comptent parmi les premières diplômées du nouveau DEP, se regroupent en 1986 pour former l'Association québécoise des assistants techniques en pharmacie (AQATP), un chapitre indépendant de la Canadian Association of Pharmacy Technicians, formée en 1983²⁰². Fondée pour promouvoir l'intérêt et la formation des assistants techniques en pharmacie du Québec, l'AQATP a pour objectif d'encourager ses membres à obtenir le DEP en assistance technique et de favoriser leur développement professionnel par la mise sur pied de journées de formation continue et la publication d'une revue, le *Techni-Pharm*. L'actuelle présidente de l'AQATP, M^{me} Louise Sénécal, faisait d'ailleurs partie de l'équipe d'assistants techniques de l'Hôpital Royal Victoria, lorsque l'Association, qui célèbre son 25^e anniversaire en 2011, a été fondée²⁰³.

UNE RÉVISION DU DEP POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS

Au début des années 2000, les pharmaciens d'hôpitaux cherchent à déléguer de plus en plus de tâches aux assistants techniques en raison de la pénurie, mais ils constatent rapidement que la formation donnée à ces derniers n'est plus suffisante pour leur permettre de leur déléguer plus de tâches. Aussitôt, des groupes de travail sont mis sur pied pour améliorer le contenu des programmes de formation et les rendre conformes aux besoins des pharmaciens.

Le dépôt par le MSSS du rapport sur la planification de la main-d'œuvre en pharmacie en 2001 sert d'élément déclencheur pour réévaluer le programme d'assistance technique en pharmacie. Ce rapport propose de déterminer les besoins de formation pour les assistants techniques pour qu'ils puissent remplir adéquatement leurs fonctions. Ainsi, des membres de l'A.P.E.S., de l'OPQ, de l'AQPP et de l'Association des bannières et des chaînes de pharmacie du Québec (ABCPQ) se regroupent dès 2002 pour réclamer une réforme du programme en vigueur²⁰⁴. En l'absence d'un consensus établissant si la formation doit être rehaussée et dispensée dorénavant par les collègues et les cégeps, il est plutôt décidé de bonifier le programme en vigueur par une augmentation du nombre d'heures de stages en hôpital, faisant ainsi passer la formation de 1200 à 1230 heures²⁰⁵.

Parallèlement, les travaux des États généraux de la pharmacie tenus en 2002 permettent de noter les constats suivants :

L'accès à une formation de qualité pour les assistants techniques est largement perçu comme un incitatif favorisant une réorganisation du travail. Il n'y a toutefois pas de consensus sur le niveau et le contenu de la formation de base, sur le besoin de formation continue, sur la possibilité de déléguer la vérification contenant-contenu, sur le recours à la certification, sur les mécanismes permettant de déléguer la responsabilité et sur la pertinence de créer un nouvel ordre professionnel²⁰⁶.

Si les pharmaciens sont d'accord pour améliorer la formation des assistants techniques, il n'y a pas de consensus quant à ce qui doit être fait (p. ex. : mieux utiliser les ATP avant de penser à rehausser la formation, améliorer les critères d'admission et privilégier des candidats qui

démontrent des aptitudes et de la motivation, augmenter les stages, etc.). D'autres pensent que le recours à une formation collégiale permettrait une meilleure hiérarchisation du travail technique et répondrait aux besoins des hôpitaux. Peu importe ce qui arrivera, les pharmaciens réclament une délimitation plus claire des responsabilités professionnelles et légales. Enfin, les travaux mettent en évidence la question de la certification par un organisme externe et l'éventuelle reconnaissance par un ordre des pharmaciens ou un ordre distinct.

Malgré la controverse entourant la pertinence d'un programme collégial, déjà évoqué dans les années 1960, un projet pilote d'études collégiales (c.-à-d. une attestation d'études collégiales) est mis en place à Rivière-du-Loup en 2004 avec l'appui de l'A.P.E.S. et de l'AQATP²⁰⁷. Le programme offre 1410 heures de cours en anatomie, sur les produits pharmaceutiques, les préparations et les produits stériles ou non stériles, la bureautique, les mathématiques appliquées à la pharmacie, la gestion et les communications, en plus de comprendre deux stages, le premier de 90 heures en pharmacie communautaire et le second de 150 heures en pharmacie d'établissement. Dix-huit étudiants ont fait partie de la première et dernière cohorte à prendre part à ce projet pilote qui s'est déroulé en 2005. Le ministère de l'Éducation a refusé à trois reprises d'agréer le programme pour une attestation d'études collégiales en raison de sa trop grande similarité avec le programme de niveau secondaire.

Malgré les améliorations apportées au programme de formation, un consensus persiste à propos de la faiblesse de la formation des assistants techniques en pharmacie. Alors que l'A.P.E.S. désire améliorer le programme de formation, les pharmaciens communautaires et les bannières préfèrent offrir des programmes de formation maison à leurs employés. Une enquête sur la délégation des tâches en pharmacie d'établissement complétée par l'A.P.E.S. en 2007 révèle par ailleurs que les pharmaciens d'hôpitaux souhaitent que le programme de formation soit mieux adapté à la réalité du travail en établissement de santé et que les notions pharmaceutiques cliniques puissent y être approfondies. Les pharmaciens d'établissements souhaitent aussi que le besoin de mise à niveau des assistants techniques en pharmacie soit reconnu. Enfin, ils considèrent même l'implantation d'une formation supérieure au diplôme d'études professionnelles²⁰⁸.

En 2006, l'AQATP entreprend, pour sa part, une réflexion sur le travail d'assistant technique en pharmacie à l'occasion d'un congrès. Il en ressort que les assistants techniques cherchent une plus grande reconnaissance de la part des pharmaciens mais que l'avancement de la profession ne peut se faire que par l'amélioration de la formation²⁰⁹.

Sous la pression des pharmaciens, la durée du programme est prolongée pour passer de 900 heures en 1987 à 1230 en 2007. Au fil des ans, la portion du programme consacrée à la pratique en établissement de santé se bonifie pour passer à 400 heures en 2007. De plus, le stage en pharmacie d'établissement passe de 60 à 105 heures, et un cours de 75 heures est consacré à la pratique en CHSLD, en 2007. Même si le DEP est désormais obligatoire pour obtenir un poste d'assistant technique en pharmacie dans les établissements de santé, il reste tout de même qu'un nombre plus important d'heures est consacré à la pharmacie d'officine dans le programme en 2007.

Dans le cadre du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers des Ressources humaines et Développement social Canada, l'organisme a alloué des ressources financières de 1,5 million de dollars canadiens d'octobre 2005 à mars 2008 pour réaliser une évaluation de la situation des ressources humaines dans le secteur de la pharmacie à travers le pays. L'initiative « Aller de l'avant » (*Moving Forward*) est notamment co-présidée par Kevin Hall, directeur régional de pharmacie hospitalière à Winnipeg. L'initiative a permis la publication d'une dizaine de rapports, dont le premier sur les rôles et la démographie des techniciens au Canada, ainsi qu'un dialogue sur les techniciens²¹⁰.

L'Ontario est la première province canadienne à réglementer et reconnaître un statut juridique aux techniciens en pharmacie. En décembre 2010, le Ontario College of Pharmacy a adopté sa réglementation, laquelle reconnaît notamment la certification découlant de la réussite de l'examen canadien relatif au personnel du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada.

- 1 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Dossier AHPHQ. *Mémoire présenté par l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec Inc (AHPHQ) en regard des pharmaciens d'hôpitaux et des services pharmaceutiques dans le plan de l'assurance hospitalisation du Québec*, 28 février 1965.
- 2 Collin J. *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*. Montréal, Boréal, 1995, p. 212.
- 3 Seuls les pharmaciens licenciés ont été comptés ici pour faciliter l'analyse. Il est difficile d'évaluer exactement les effectifs pharmaceutiques puisque l'enquête réalisée par la SPPH en 1969 compte autant les pharmaciens œuvrant à temps plein que ceux exerçant à temps partiel. Il est donc fréquent de voir un pharmacien enregistré à temps plein dans un centre, et à temps partiel dans l'autre. Voir Archives personnelles – Yves Gariépy. Classification du personnel professionnel en pharmacie hospitalière, 1969 et Leclerc-Chevalier D. Planification sectorielle de l'enseignement supérieur. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique*. Ministère de l'Éducation, ministère des Affaires sociales, 1973, p. 3.
- 4 Cette compilation a été faite à partir des registres du Collège des pharmaciens et d'une liste fournie par la SPPH. Seuls les pharmaciens enregistrés à titre de « pharmacien d'hôpital » auprès du Collège ont été comptés. Par ailleurs, la liste de la SPPH fournit une liste de pharmaciens licenciés, puisque seuls ces derniers peuvent faire partie de l'Association à ce moment. Enfin, les pharmaciens travaillant à temps partiel ne sont pas répertoriés, puisqu'ils étaient déjà enregistrés à temps plein dans un autre établissement. Voir Leclerc-Chevalier D. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique...*, p. 12.
- 5 Dans cette catégorie, on retrouve souvent des religieuses que la communauté a consenti à former pour la pratique en pharmacie. Comme la licence n'est pas obligatoire pour pratiquer en hôpital, il ne leur était pas nécessaire de franchir cette étape, ce qui fait que même si une communauté choisit de former plusieurs candidates en pharmacie, seulement l'une d'entre elles est désignée pour obtenir la licence en vue de diriger un service de pharmacie.
- 6 Voir le chapitre 2 du présent ouvrage pour une recension plus détaillée.
- 7 Les effectifs des communautés religieuses féminines ont constamment augmenté jusque dans les années 1960. Alors que l'on compte près de 47 000 religieuses au Québec en 1961, leur nombre grimpe jusqu'à 55 764 en 1965, pour ensuite subir une baisse massive à 45 647 religieuses dès 1969. Voir Dumont M. *Les religieuses sont-elles féministes?* Montréal : Éditions Bellarmin, 1995, p. 46.
- 8 Certains d'entre eux occupaient le poste de chef de service. Lorsque la *Loi des hôpitaux* entre en vigueur et que la présence d'un pharmacien licencié est exigée pour diriger le service de pharmacie, la Direction de l'assurance hospitalisation demande au Collège des pharmaciens de régulariser la situation de ces pharmaciens. Beaucoup d'entre eux étant en poste depuis plusieurs années, et considérant la difficulté de trouver des pharmaciens licenciés prêts à occuper le poste de chef de service en milieu hospitalier, le Collège choisit finalement de reconnaître leurs droits acquis en leur permettant d'obtenir la licence en pharmacie après avoir répondu aux exigences et réussi l'examen de stages.
- 9 Instaurée par le gouvernement conservateur de John Diefenbaker en 1961, la Commission royale d'enquête sur les services de santé et services sociaux, présidée par le juge Emmett Hall, avait pour objectif d'étudier les points de vue des milieux médical et syndical vis-à-vis de l'assurance maladie. La Commission Hall dépose son rapport en 1964, et ses recommandations ont un effet significatif sur l'implantation de l'assurance maladie au Canada, puisqu'elle recommande l'instauration de régimes provinciaux complets et universels de soins de santé financés en partie par le gouvernement fédéral et les provinces. Voir Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée: 1921-2006*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2008, p. 101-102.
- 10 Cité dans 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.
- 11 Notes personnelles – Yves Gariépy, 28 avril 2010.
- 12 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. SPPH – Procès-verbaux 1970-1973. PV de la réunion du conseil d'administration, 19 juin 1970.
- 13 Fiche historique du CSSS des Sources. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 14 Archives personnelles – Yves Gariépy. Lettre de Yves Gariépy, administrateur de l'Ordre des pharmaciens pour le Bas-St-Laurent, la Gaspésie, la Côte-Nord, à Pierre Marois, ministre d'État au développement social, concernant le rapport pharmacien/population, s.d.
- 15 Fiche historique du CSSS Dorval-Lachine-Lasalle. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 16 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. SPPH – Procès-verbaux 1970-1973. PV de la réunion du conseil d'administration, 19 juin 1970.
- 17 Julien JY. Extraits du rapport de la Commission Bonneau. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1970 (septembre); 16 (9) : 44.
- 18 La pénurie est estimée à 92 pharmaciens dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, à 130 pharmaciens dans les centres hospitaliers de soins prolongés et à 47 pharmaciens dans les hôpitaux psychiatriques. Voir Leclerc-Chevalier D. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique...*, p. 59-66.
- 19 AUM. Fonds E63. 1875, 56-8-3-2. 100.109. Comité consultatif 1965-1978. 6^e assemblée du comité consultatif, 20 mars 1967.
- 20 Archives de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Allaire L. *La situation de la pharmacie hospitalière. Région de Québec. Observations, commentaires et projections. École de pharmacie, Université Laval*. Rapport de stage en pharmacie d'hôpital, mai 1970-1971.
- 21 Tiré de Bachynsky JA. Hospital pharmacists sufficient, efficient, deficient. *CJHP* 1967 (jan-feb) : 12.
- 22 Archives de Yves Gariépy. Classification du personnel professionnel en pharmacie hospitalière, 1969.
- 23 Ce relevé des effectifs comptabilise autant les pharmaciens licenciés œuvrant à temps partiel et à temps plein, que les bacheliers non licenciés ou les pharmaciens étrangers évoluant dans les hôpitaux. Les données recueillies ne permettent pas de distinguer les établissements selon la nature des soins qui y sont offerts. Voir Archives de Yves Gariépy. Classification du personnel professionnel en pharmacie hospitalière, 1969.
- 24 Voisard AM. 39.5 p.c. des centres hospitaliers privés des services d'un pharmacien. *Le Soleil*, 4 mars 1977.
- 25 À l'époque, la région administrative de Montréal englobe la ville de Montréal, les régions de Laval, de la Montérégie, de Lanaudière et des Laurentides. La majorité des établissements privés de pharmaciens se situent à l'extérieur de l'île de Montréal.

- 26 Archives de Yves Gariépy. Classification du personnel professionnel en pharmacie hospitalière, 1969.
- 27 Voir Archives personnelles – Yves Gariépy. Correspondance entre Yves Gariépy et la direction du Sanatorium St-Georges, mai 1967 à avril 1968.
- 28 Létourneau R. La réorganisation des services pharmaceutiques au Québec. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1972 (septembre); 18 (9): 10.
- 29 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Correspondance entre Claude Lorient, pharmacien, et Guy Garon, pharmacien – Commentaires sur le rapport Pharmacie-Pharmacie clinique, 21 janvier 1977.
- 30 A.P.E.S. Boîte 4. Dossier OPQ 1976-1982. Garon G. Document de travail. Planification des besoins pharmaceutiques pour le réseau des établissements de santé soumis aux membres du comité du programme de pharmacie d'hôpital de l'École de pharmacie. CHUL, mars 1977.
- 31 Gariépy Y, Julien JY. Pharmacie différente? *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1970 (septembre); 16 (9): 33.
- 32 Leclerc-Chevalier D. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique...*, p. 61.
- 33 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Communiqué de presse: Manque flagrant de pharmaciens dans les établissements de santé du Québec... une situation qui menace la sécurité des patients, 6 mars 1981.
- 34 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (juin); 14 (4).
- 35 Le comité est formé de Denyse Demers (A.P.E.S.), Roch Labrecque (OPQ), Claudine Laurier (OPQ) et Robert Létourneau (A.P.E.S.). Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. OPQ 1976 à 1982. Lettre du DG et secrétaire de l'OPQ, Jacques A. Nadeau, au président de l'A.P.E.S., Donald Laberge, concernant la formation d'un comité *ad hoc* pour étudier la situation des effectifs dans les établissements de santé, 10 avril 1981; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9 – Procès-verbaux Conseil d'administration, 1981-1982. PV de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., tenue les 4 et 5 juin 1981.
- 36 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 4. OPQ 1976-1982. Rapport du comité Ordre-A.P.E.S. *Les effectifs pharmaceutiques en centre hospitalier*, octobre 1981.
- 37 Schnell BR, Gesy KF, Gaucher ME. The development of a Canadian hospital pharmacy workload measurement system. *Can J Hosp Pharm* 1981 (May-Jun); 34 (3): 75-8.
- 38 Ducharme P. La possession d'un diplôme ou certificat en pharmacie hospitalière doit-elle devenir un critère d'embauche en établissement de santé? *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (février); 14 (1).
- 39 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux 1986. MSSS. Service de la planification des ressources humaines. *Évaluation des besoins en pharmaciens et pharmaciennes d'hôpital*, avril 1986, p. 22.
- 40 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux 1986. MSSS. Service de la planification des ressources humaines. *Évaluation des besoins en pharmaciens et pharmaciennes d'hôpital*, avril 1986.
- 41 Landry JC. Régions éloignées: pénurie de pharmaciens en milieu hospitalier. *Pharmactuel* 1987 (décembre); 20 (5): 66.
- 42 Landry JC. Régions éloignées: pénurie de pharmaciens en milieu hospitalier. *Pharmactuel* 1987 (décembre); 20 (5): 66; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 1. Comité exécutif 1987-1988. Landry JC, Lemay R. et al. Document de travail. Effectifs des pharmaciens en régions éloignées, présenté au comité exécutif de l'A.P.E.S. le 4 juin 1987.
- 43 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1988 (partie 3). Lettre de Léonard Chevarie, directeur général de l'Hôpital de l'Ungava, à Réjean Cantin, sous-ministre au MSSS, concernant la pénurie de pharmaciens, 24 juillet 1987.
- 44 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Président – Courrier reçu. Lettre Bernard Lemieux, chef du Département de pharmacie du centre hospitalier Mgr Ross et président du comité des chefs de département de pharmacie de la région 1, à Jean Minville, directeur général du CSSS-01, concernant la pénurie de pharmaciens dans les hôpitaux de la région, 31 octobre 1988.
- 45 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1987-1988 (partie 2). Lettre du sous-ministre, Réjean Cantin, au directeur général du Centre hospitalier de l'Ungava, concernant les conditions de travail des pharmaciens d'hôpital dans le nord du Québec, 28 septembre 1987.
- 46 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. Dossier Rémunération. Côté M. *Rapport synthèse du comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie au Québec, 1986-1991*, 12 juin 1987.
- 47 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 3. Dossier F. 19. Comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie au Québec, 197-1988. Lettre de J.A. Nadeau, vice-président exécutif et directeur général de l'AHQ, à Marcel Côté, professeur à l'École des Hautes Études Commerciales, concernant le rapport du Comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie au Québec, 28 août 1987.
- 48 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 3. Dossier F. 19. Comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie au Québec, 197-1988. Lettre de Claire Villeneuve, directrice de la recherche par intérim à l'Office des professions du Québec, à Marcel Côté, professeur à l'École des Hautes Études Commerciales, concernant le rapport du Comité d'adaptation de la main-d'œuvre en pharmacie au Québec, 11 septembre 1987.
- 49 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie*. Québec, Direction des communications du MSSS, 2001, p. 16.
- 50 L'enquête canadienne est réalisée annuellement à partir de 1985-1986, puis à tous les deux ans à partir de 1999-2000. L'enquête est réalisée auprès des établissements de santé canadiens comptant au moins 50 lits de courte durée. Elle est réalisée par un comité éditorial indépendant formé de leaders pharmaciens répartis à l'échelle du pays. François Schubert, Marie Pineau, Jean-François Bussièrès et Patricia Lefebvre représentent le Québec au fil du temps.
- 51 Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1986/87*. Eli Lilly Canada Inc, 1987, p. 8; Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1987/88*. Eli Lilly Canada Inc, 1988, p. 10.
- 52 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1990/91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 8.
- 53 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1991/92*. Eli Lilly Canada Inc, 1992, p. 13.
- 54 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992/93*. Eli Lilly Canada Inc, 1993, p. 22; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1993/94*. Eli Lilly Canada Inc, 1994. p. 27.
- 55 Whittom É. Plénière sur la pénurie d'effectifs en pharmacie: la délégation refait surface. *L'actualité pharmaceutique* 2003 (février): 10.
- 56 Ces fusions et fermetures n'ont finalement provoqué que peu de mises à pied. En 1995, l'A.P.E.S. avait mis sur pied un comité *ad hoc* de soutien aux pharmaciens réaffectés afin de leur venir en aide et de les conseiller pendant cette période difficile. L'année suivante, un protocole d'entente avec le MSSS est conclu et permet à sept pharmaciens sur huit de la région de Québec, et presque tous les pharmaciens de la région de Montréal, d'être replacés. Seuls les pharmaciens ne détenant pas le DPH ont connu des problèmes de réaffectation. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. 24 avril 1996. PV de la 8^e réunion du CA de l'A.P.E.S., 24 avril 1996; Boîte 16. 8 décembre 1995. Comité *ad hoc* de support aux pharmaciens réaffectés.
- 57 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1998*, p. 8.

- 58 Morin A. Pharmaciens demandés. *Le Droit*, 6 juillet 1998, p. 40.
- 59 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 41.
- 60 A.P.E.S., *Rapport d'activités 2004*, p. 6.
- 61 Basé sur les données compilées par l'A.P.E.S. et qui portent sur le nombre de membres actifs. Ces chiffres ne prennent donc en compte que les pharmaciens d'établissements évoluant à plein temps dans les hôpitaux. Voir rapports annuels de l'A.P.E.S. de 1998 à 2009.
- 62 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1999*, p. 9-11.
- 63 A.P.E.S., *Rapport d'activités 2003*, p. 6; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2005*, p. 6.
- 64 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 17.
- 65 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1998*, p. 8.
- 66 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1999*, p. 9-11.
- 67 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2002*, p. 7.
- 68 A.P.E.S., *Rapport d'activités 2001*, p. 7.
- 69 Rapporté dans CPhA. *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada. Detailed Report*. Gouvernement du Canada, Développement des ressources humaines, juillet 2001, p. ii.
- 70 Hall K, Bussièrès JF, Babich M et coll. *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2009-2010* [en ligne]: <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (page consultée le 31 décembre 2010).
- 71 Leduc G. Pénuries de main-d'œuvre dans la santé. *Le Soleil*, 26 octobre 2002, p. A1.
- 72 Hall K. et coll. *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2009-2010* [en ligne]: <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (page consultée le 15 avril 2011).
- 73 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2005*, p. 6.
- 74 La pénurie de pharmaciens en établissement de santé. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://www.apesquebec.org/page?s=94&lang=fr-CA> (page consultée le 12 décembre 2010).
- 75 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2006*, p. 12; *Rapport d'activités 2008*, p. 13-14; La pénurie de pharmaciens en établissement de santé. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://www.apesquebec.org/page?s=94&lang=fr-CA> (page consultée le 12 décembre 2010).
- 76 La pénurie de pharmaciens en établissement de santé. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://www.apesquebec.org/page?s=94&lang=fr-CA> (page consultée le 12 décembre 2010).
- 77 Breton P. Dépannage payant. Plusieurs pharmaciens refusent des postes pour se consacrer aux remplacements. *La Presse*, 23 octobre 2006, p. 8.
- 78 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2005*, p. 6.
- 79 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 66. A18. Septembre 1999, Lac Sacacomie. MSSS – DGPMO. Projet de planification de la main-d'œuvre pour les pharmaciens des établissements de santé, 9 septembre 1999; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001*, p. 3.
- 80 Seulement 46 postes de résidents sont octroyés annuellement de 1986 à 1987, avant que ce nombre ne soit abaissé à 35 en 1997-1998.
- 81 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 89.
- 82 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 59.
- 83 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 94-97.
- 84 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2003*, p. 7.
- 85 Archives de Pierre Ducharme. OPQ. *Maintenir et assurer l'offre de services à la population du Québec: Plan d'action de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour faire face au problème de l'effectif professionnel en pharmacie*. Novembre 2003.
- 86 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*. 1994, p. 28-29.
- 87 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2003*, p. 8.
- 88 A.P.E.S. *Rapport d'activités 2004*, p. 9.
- 89 Presse Canadienne. Québec fait ce qu'il peut, dit Couillard. *Le Soleil*, 24 octobre 2006, p. 12.
- 90 Archives de l'A.P.E.S. Dossier F5-4. Nouveau comité de négociation 2002. Lettre de Martine Girard, pharmacienne à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, à Linda Vaillant de l'A.P.E.S., concernant l'octroi d'une prime d'éloignement, 22 octobre 2003.
- 91 Archives de l'A.P.E.S. Dossier F5-4. Nouveau comité de négociation 2002. Lettre de Jean-Luc Tremblay, DG du CH Rouyn-Noranda, à Normand Leblanc, DG de la RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue concernant une demande de dérogation à l'entente salariale entre le MSSS et l'A.P.E.S., 24 octobre 2003.
- 92 Ricard-Châtelain B. Gros bonis pour fidéliser des pharmaciens. *Le Soleil*, 4 mai 2006, p. 11.
- 93 SCPH. *Énoncé sur le rôle du pharmacien à la direction des services de pharmacie d'un hôpital*. Ottawa: Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 2006.
- 94 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 60. Réunion du CA 29/11/02. PV de la 4^e réunion du CA, 11 novembre 2002.
- 95 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2005-2006. *Pharmactuel* 2007 (Mars); 40 (Supplément 1): 5.
- 96 Ensom R, Babich M, Bornstein C, Bussièrès JF, Fernandes O, King G et coll. Hospital Pharmacy Management Task Force. Planning for Hospital pharmacy management, now and in the future. *Can J Hosp Pharm* 2008;61:374-84.
- 97 Vaillant L. Problème de relève: chef de département recherché. *Pharmactuel* 2009;42(2):138-141.
- 98 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 136.
- 99 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 147, 210.
- 100 Selon Johanne Collin, qui a analysé le processus de féminisation de la pharmacie, la présence des femmes dans le domaine est principalement due à une désaffection des hommes plutôt qu'à un investissement massif des femmes dans les facultés universitaires. Dans les années 1950, bon nombre de pharmaciens adoptent une tangente plus commerciale pour faire face à la concurrence des épiciers et autres grands magasins, ce qui provoque une profonde remise en question dans le milieu. Le «commercialisme» des pharmaciens affecte aussi la renommée de ces professionnels aux yeux du public. Ainsi, lorsqu'au début des années 1960, deux tendances s'opposent au sein du Collège des pharmaciens, un groupe préconisant la voie professionnelle et une restriction de certaines pratiques commerciales, et l'autre préconisant le maintien du caractère commercial des pharmacies, la profession est déjà nettement dévalorisée aux yeux de plusieurs, ce qui se reflète par une baisse des inscriptions dans les universités offrant le programme de pharmacie. «En fait, il se produit une véritable rupture dans les modalités de recrutement. Suscitée en partie par la modification des conditions d'admission, elle provient peut-être aussi de l'incapacité grandissante de la pharmacie à combler les aspirations et les ambitions des candidats qui sont eux-mêmes issus de ce milieu socioprofessionnel.» Ainsi, alors que les hommes boudent la profession, les femmes s'inscrivent en pharmacie puisque pour elles, l'expansion du salariat dans les officines représente un débouché supplémentaire. Selon Collin, la féminisation de la pharmacie communautaire a été renforcée par le fait que des

- femmes étaient déjà présentes dans le secteur pharmaceutique hospitalier, ce qui leur en facilite l'accès. Voir Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 135-145.
- 101 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 3. Correspondance. Compte rendu de la réunion du comité d'adaptation de la main-d'œuvre pour les pharmaciens du Québec au siège social de l'OPQ, 2 octobre 1987.
- 102 AUM. Fonds E63, 7073, 55-4-7-1. Lettre du doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, Jacques Gagné, à Johanne Gagnon, du MAS, au sujet de la pénurie de pharmaciens, 11 janvier 1985.
- 103 A.P.E.S. *Rapport d'activités 1998*, p. 8; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2001*, p. 8; A.P.E.S. *Rapport d'activités 2009*, p. 13.
- 104 INFO-A.P.E.S. Équité salariale – 2^e affichage. Envoi par courriel aux membres de l'A.P.E.S. 22 novembre 2010.
- 105 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. Procès-verbaux du conseil d'administration 1976-77. Rapport de la rencontre avec le ministre des Affaires sociales, 21 mars 1977.
- 106 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 41. 16 décembre 1999. PV de la réunion du CA de l'A.P.E.S., 15 octobre 1999.
- 107 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 52. A12. Courrier du président. Lettre de Janine Matte, présidente de l'OPQ, à Robert Goyer, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, concernant les effectifs professionnels, 12 mai 1999.
- 108 MSSS. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie...*, p. 21.
- 109 OPQ. Communiqué de presse. Pour une plus grande mobilité de la main d'œuvre. 27 novembre 2009.
- 110 Programme d'appoint pour les pharmaciens formés à l'étranger. *Université de Montréal. Faculté de pharmacie* [en ligne]: http://www.pharm.umontreal.ca/etudes_cycle1/appoint_pharmaciens_etrangers.html (page consultée le 20 avril 2011).
- 111 Reeder D. Certification et réglementation professionnelle des assistants techniques en pharmacie. *Coin technipharm FC 2005* (mars-avril).
- 112 de Frazier WM. Utilization of Non-professional Personnel in the Hospital. *Bull Am Soc Hosp Pharm* 1954; 11: 257; Naylor MJV, Radford DI. The Utilization of Non-Professional Personnel in a Hospital Pharmacy. *The Hospital Pharmacist* 1962 (May-June); 15 (118).
- 113 Sonnedecker G. The American Practice of Pharmacy, 1902-1952. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2001 (January/February); 41 (1): 21.
- 114 «History of ASHP activities for technicians». *Site de l'ASHP* [en ligne]: <http://www.ashp.org/Import/MEMBERCENTER/Technicians/AboutUs/History.aspx> (page consultée le 21 novembre 2008).
- 115 White Paper on Pharmacy Technicians (2002): Needed Changes Can No Longer Wait. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2003 (January-February); 43 (1): 93.
- 116 Archives personnelles de Paule Benfante. Benfante P. *Non professional personnel in hospital pharmacy*, August 29, 1969.
- 117 Canadian Pharmacists Association. *Canadian Pharmacists Association 1907-2007. 100 Years of Leadership in Pharmacy*. Ottawa, CPhA, 2007, p. 25-29.
- 118 Une disposition de la loi permet aux étudiants en pharmacie inscrits aux registres du Collège depuis au moins trois ans d'obtenir le titre en ayant complété les cours requis par la loi et en réussissant seulement l'examen du Collège des pharmaciens, et non les examens universitaires. De plus, les candidats inscrits comme étudiants en pharmacie avant le 1^{er} septembre 1945 ont aussi la possibilité d'obtenir le titre d'assistant pharmacien en réussissant seulement l'examen du Collège des pharmaciens. Voir *Loi modifiant la Loi de pharmacie de Québec*, S.Q. 1952-1953, 1-2 Éliz. II, c. 55.
- 119 Cette disposition se retrouve à nouveau dans la *Loi de pharmacie* lors de la révision de 1964. Par ailleurs, elle semble avoir peu d'effet sur l'entrée à la profession et elle met plutôt en évidence la piètre qualité des candidats qui obtiennent la licence par cette voie : sur 40 personnes se présentant à l'examen du Collège en 1969, seul un étudiant régulier en 3^e année à l'Université Laval réussit l'épreuve. Voir AUM. Fonds E63. Boîte 1873, 56-7-5-2. Dossier 100.115. Commis certifiés et aides-pharmaciens 1964-1966. Lettre à M^e Louis-Philippe Pigeon, cabinet du Premier Ministre concernant un projet de loi soumis par l'Université de Montréal, 3 décembre 1963; Dossier 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Document de travail présenté au comité formé par le Conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens en vue de la possibilité de création et d'intégration des techniciens en pharmacie, 15 septembre 1969, p. 7.
- 120 Il est fréquent cependant de voir les étudiants en pharmacie assignés à des tâches qui ont peu de liens avec la profession. Jean Narrache, alias Émile Coderre, raconte d'ailleurs sa première journée de travail dans une pharmacie où il lui est demandé de laver la vitrine de l'officine, ainsi que la voiture du pharmacien, en plus de faire la livraison de paquets à des clients. Cité dans Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*. Montréal: Musée de la pharmacie du Québec, 1994, p. 245.
- 121 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 88-95.
- 122 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, pp. 87.
- 123 Allocution de Roger Larose, doyen de la Faculté de pharmacie, au congrès annuel du Collège des pharmaciens en 1960, cité dans Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 100.
- 124 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, p. 99.
- 125 Collin J. *Changement d'ordonnance...*, pp. 94-95.
- 126 Lippens P. Le problème de l'assistance en pharmacie. *Le Galien* 1964 (novembre-décembre); p. 9.
- 127 ACHUSJ, Dossiers de presse. Le régime des commis-pharmaciens sera révolu dès novembre prochain. *Le Devoir*, 12 juin 1967.
- 128 Le 21 mars 1968, le Conseil des gouverneurs adopte une résolution pour l'intégration des pharmaciens étrangers. Cinquante-sept pharmaciens sont reconnus assistants-pharmaciens par un Bill privé et 15 d'entre eux ont obtenu leur licence jusqu'en septembre 1969. Voir AUM. E63. 1873, 56-7-5-2. 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Document de travail présenté au comité formé par le Conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens en vue de la possibilité de création et d'intégration des techniciens en pharmacie, 15 septembre 1969, p. 8.
- 129 Leclerc-Chevalier D. Éditorial. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1969 (novembre); 1 (8).
- 130 Archives de Yves Gariépy. Chambre du conseil exécutif. Arrêté en conseil 2624 concernant la formation d'un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé, 14 août 1968.
- 131 AUM. Fonds E63. 1873, 56-7-5-2. 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Document de travail présenté au comité formé par le Conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens en vue de la possibilité de création et d'intégration des techniciens en pharmacie, 15 septembre 1969, p. 20b, 20e à 20s, et 48.
- 132 Archives personnelles de Paule Benfante – Benfante P. *Non professional personnel in hospital pharmacy...*
- 133 L'Association des préparateurs en officine est affiliée à la FTQ dans l'Union des employés de commerce. En mars 1971, elle regroupe

- 1200 membres. Voir AUM. Fonds E63. Boîte 1873, 56-7-5-2. Dossier 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Mémoire des aide-pharmaciens à la Commission permanente des affaires sociales, mars 1971.
- 134 Voir AUM. Fonds E63. Boîte 1873, 56-7-5-2. Dossier 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. *Mémoire des aides-pharmaciens à la Commission permanente des affaires sociales*, mars 1971, p. 12.
- 135 En effet, c'est le titre qui est utilisé dans l'énoncé de position *Statement on Hospital Pharmacy Technicians-Helpers* adopté en 1966. À noter, l'ajout du terme « helpers » dans le titre qui dénote encore une réticence à accepter formellement le titre de technicien. Voir History of ASHP Activities for Technicians. Site de l'ASHP [en ligne]: <http://www.ashp.org/Import/MEMBERCENTER/Technicians/AboutUs/History.aspx> (page consultée le 21 novembre 2008).
- 136 Archives de Paule Benfante, article paru dans le journal *L'équipe* de l'Hôpital Notre-Dame en 1983.
- 137 Ducharme P. Le service de pharmacie dans un hôpital de 1000 lits. *Québec-Pharmacie* 1975 (mai): 21-2.
- 138 Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie à l'Hôpital Sainte-Justine. 1907-2007*, 2008, p. 98.
- 139 À partir de la fin du XIX^e siècle, sous l'influence des infirmières américaines, des écoles d'infirmières sont intégrées aux hôpitaux. Fondées pour former le personnel soignant nécessaire au fonctionnement de l'établissement, ces écoles sont surtout destinées à former les membres des congrégations religieuses propriétaires ou administratrices des hôpitaux. La baisse des vocations religieuses ouvre la voie à l'intégration des laïques au sein de ces établissements. Les étudiantes doivent suivre une formation pendant trois ans au cours de laquelle elles sont familiarisées au fonctionnement des divers services. Les élèves, qui vivent en permanence à l'hôpital pendant leur formation, comptent pour une partie importante du personnel dans l'hôpital puisqu'elles sont tenues, pendant leurs études, de compléter des stages pratiques dans les divers secteurs de l'hôpital. Avec la spécialisation de la médecine, le stage s'enrichit de nouvelles rotations. Le développement des médicaments rend par ailleurs inévitable l'ajout d'un stage en pharmacie pour ces étudiantes, qui forment par le fait même une partie du personnel du service. Aussi, jusqu'à la fin des années 1940, soit avant que des écoles d'enseignement ne soient mises sur pied pour former le personnel paramédical, il n'est pas rare de voir des infirmières œuvrer dans les services paramédicaux, notamment la physiothérapie, la diététique ou les laboratoires, la pharmacie ne faisant pas exception à cette règle. Voir Petitat A. *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal: Boréal, 1989, p. 66-69.
- 140 Fiche historique du CSSS Les Eskers. Site de l'A.P.E.S. [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 141 Sœur Paulin du Sacré-Cœur. Le personnel nécessaire à une pharmacie dans un hôpital général. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1955 (novembre); 1 (11): 20.
- 142 Ce comité est formé de Pierre Ducharme, Pierre Nault et Yves Courchesne.
- 143 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 8. SPPH Procès-verbaux 1970-1973. PV d'une assemblée du conseil d'administration, 25 septembre 1970; Procès-verbaux du 28/02/1974 au 19/04/1975. Rapport de la réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 16 août 1974.
- 144 Le comité suggère aussi de conserver les commis magasiniers et magasiniers au service de la pharmacie, de remplacer les infirmières et infirmières-auxiliaires s'y trouvant par des assistants techniques en pharmacie, de remplacer le commissionnaire, l'entretien ménager et l'opérateur-convoyeur par le commis à la pharmacie et de réserver les dactylos, commis-intermédiaires, sténodactylos, commis de bureau et secrétaires pour les fonctions administratives. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. Divers 1975-1980. Comité de l'A.P.E.S. – Étude du personnel technique d'un service de pharmacie, 3 juillet 1975.
- 145 L'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* définit l'exercice de la pharmacie comme suit: « tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison. L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments ou des poisons sur ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier. » Voir *Loi sur la pharmacie*, L.Q 1973, c. 51, art. 17.
- 146 AUM. Fonds E63. 1873, 56-7-5-2. 100.116 Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. PV de la réunion de la Commission sur les techniciens en pharmacie tenue au siège social du Collège des pharmaciens du Québec, 4 juin 1973.
- 147 A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. *Un besoin pressant: des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament. Septembre 1983.
- 148 *Statement of functions of pharmacists and non-professional personnel in hospital pharmacy*, approved by the Canadian Society of Hospital Pharmacists May 1976. *Can J Hosp Pham* 1976 (sept-oct); 16:1.
- 149 Bilan des journées pharmaceutiques de 1977. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1977; 10 (6).
- 150 A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. *Un besoin pressant: des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament. Septembre 1983.
- 151 Par ailleurs, le rapport *Pharmacists for the Future* publié en 1975 par la Commission d'étude sur la pharmacie (Commission Millis, commandée par l'American Association of Colleges of Pharmacy) prévoit une augmentation du recours aux techniciens étant donné l'évolution de la pharmacie. Dans ce contexte, elle recommande fortement la mise sur pied de programmes de formation afin de s'assurer que le personnel technique possède les compétences nécessaires pour assister le pharmacien. Le rapport spécifie que: « It seems highly probable that pharmacists' aides will also be employed in ever increasing numbers. When this occurs, pharmacy technicians will become a recognized part of the system of drug dispensing. As their duties and roles become defined the question as to their proper training will have to be answered. The definition of that training will be the joint responsibility of the pharmacy profession, pharmacy education, and the state boards of pharmacy. The general supervision of the training, however, should be the responsibility of the colleges of pharmacy. The role of the pharmacy technician can be rationally defined only in terms of the pharmacist's role. » Voir American Association of Colleges of Pharmacy. *Pharmacists for the Future. The Report of the Study Commission on Pharmacy*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1975, p. 117-118.
- 152 Une étude réalisée par l'A.P.E.S. au début des années 1980 démontre par ailleurs que les critères de sélection des assistants techniques sont plus sévères dans les hôpitaux situés dans les grands centres que ceux des régions périphériques. La connaissance du système métrique et de la dactylographie ainsi que la scolarité minimale de secondaire 5 sont des critères en vigueur dans la quasi-totalité des établissements ayant répondu à l'enquête. L'expérience dans l'exécution des ordonnances et l'expérience sur écran cathodique sont des critères utilisés par moins de la moitié des répondants. De plus, parmi les 67 chefs de département ayant répondu au questionnaire, 30% mentionnent avoir dû embaucher des candidats insatisfaisants sous pression syndicale ou faute de trouver de

- meilleurs candidats. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Compilation du questionnaire sur le personnel technique adressé aux chefs de département de pharmacie, s.d.
- 153 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier 1981-1991. Ducharme P. Qualifications du personnel technique en pharmacie hospitalière. *Dossier A.P.E.S.*, n° 10 (mai 1982).
- 154 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. 13 septembre 1996. *Reconnaissance du diplôme d'assistants techniques en pharmacie*, 9 septembre 1996.
- 155 ACHUSJ. Département de pharmacie. Tribunal d'arbitrage. Canada, Province de Québec, District de Chicoutimi. Syndicat des employés de l'Hôpital Saint-Sacrement et l'Hôpital du Saint-Sacrement. Délibéré obtenu le 4 mars 1996.
- 156 Ibid.
- 157 Notes personnelles – Linda Vaillant, juin 2010.
- 158 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 67. 17 juin 1998. Mémoire aux membres au sujet des relations avec l'Ordre des pharmaciens, 3 juin 1998.
- 159 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 67. 15 avril 1998. Comité *ad hoc* sur la détermination des tâches pouvant être confiées à des classes de personnes autres que des pharmaciens en établissement de santé, réunion additionnelle, 16 mars 1998.
- 160 Desbiens C. La distribution des médicaments: un questionnaire s'impose... *Pharmactuel* 1998; 31 (2): 5; Archives de l'A.P.E.S. Boîte 63. 15 avril 1998. PV de la 8^e réunion du comité exécutif de l'A.P.E.S., 20 mars 1998; Boîte 63. 18 septembre 1998. PV de la réunion du CA de l'A.P.E.S. 18 juin 1998.
- 161 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 69. Dossier Conseil d'administration du 2 octobre 2002. Groupe de travail sur la délégation de la vérification contenant-contenu en pharmacie d'établissement de santé de l'A.P.E.S. *Gestion de la délégation de la vérification contenant-contenu des médicaments au personnel technique en pharmacie d'établissement de santé*, septembre 2002.
- 162 OPQ. Informations professionnelles. *Le point sur la délégation de la vérification contenant-contenu en pharmacie*, Numéro 111, mars 2000.
- 163 Élie JS. Délégation aux ATP. Qu'en pensent les premiers concernés? *L'actualité pharmaceutique*, janvier 2007: 9, 12.
- 164 Norme 2010.01 (Délégation en pharmacie) et Norme 2010.01.01 (Délégation de la vérification contenant-contenu en pharmacie – planification et implantation). *Site de l'Ordre des pharmaciens du Québec* [en ligne]: http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/normes_2010_01_2010-01-01.pdf (page consultée le 15 avril 2011).
- 165 White Paper on Pharmacy Technicians (2002): Needed Changes Can No Longer Wait. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2003 (January-February); 43 (1): 99. Reeder D. Certification et réglementation professionnelle des assistants techniques en pharmacie. *Coin Technipharm FC* 2005 (mars-avril).
- 166 Reeder D. Certification et réglementation professionnelle des assistants techniques en pharmacie. *Coin Technipharm FC* 2005 (mars-avril).
- 167 White paper on pharmacy technicians. *Am J Health-System Pharm.* 1996; 53 (august 1): 1793-6.
- 168 Management Committee. *Moving Forward: Pharmacy Human Resources for the Future*. The Pharmacy Technician Workforce in Canada: Roles, Demographics and Attitudes. Ottawa, Canadian Pharmacists Association, 2007.
- 169 Reeder D. Certification et réglementation professionnelle des assistants techniques...
- 170 *College of Pharmacists of British Columbia* [en ligne]: http://www.bcpharmacists.org/about_us/key_initiatives/index/articles27/print_version.php (page consultée le 10 novembre 2008).
- 171 OPQ. *États généraux de la pharmacie 2002*, p. 49.
- 172 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissements de santé 2007-2008. *Pharmactuel* 2009 (janvier-février); 42 (1): 61.
- 173 Boucher F. Enquête sur la délégation des tâches en pharmacie d'établissement. *Pharmactuel* 2007; 40 (4): 197.
- 174 Archives de Yves Gariépy. Fox N. *The Utilization and Training of Non-Professional Personnel in Hospital Pharmacy*. Allocution prononcée au Hospital Pharmacy Institute. Convention of the Association of Hospitals of the Province of Quebec, May 14, 1968.
- 175 Cité dans Archives personnelles – Yves Gariépy. SPPH. *Le technicien en pharmacie*. Mémoire préparé à l'intention du Comité intergouvernemental sur la formation des techniciens en pharmacie, 1^{er} octobre 1969.
- 176 Ces normes de la SCPH visent principalement à établir les normes minimales pour que les programmes répondent aux besoins des hôpitaux. La SCPH privilégie une formation offerte par les hôpitaux ou les institutions accréditées par une agence. Il est entre autres recommandé que la formation pratique soit complétée dans la pharmacie d'un établissement accrédité par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Ce programme devrait, selon la SCPH, comprendre des laboratoires, des stages et des cours théorique sur la législation, la dénomination des médicaments, les normes d'entreposage et de préparation des médicaments, les systèmes de distribution des médicaments, etc. et devrait faire en sorte que l'étudiant diplômé soit en mesure de faire les préparations stériles et parentérales. Voir SCPH. *Guidelines for Hospital Pharmacy Technician Training Programs*. CSHP Official Publications 2001: 43-45.
- 177 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. *Un besoin pressant: des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament, septembre 1983.
- 178 White Paper on Pharmacy Technicians (2002): Needed Changes Can No Longer Wait. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2003 (January-February); 43 (1): 96.
- 179 ASHP White paper on pharmacy technician. *Am J Health-Syst Pharm* 1996 (August 1); 53: 1794.
- 180 Reeder D. Certification et réglementation professionnelle..., p. 1.
- 181 Canadian Pharmacists Association (CPhA), *Canadian Pharmacists Association 1907-2007...*, p.29.
- 182 En 1965, la suggestion est lancée au Collège des pharmaciens de former un Institut de technologies en vue de former du personnel pour aider le pharmacien dans ses tâches techniques. Le projet ne s'attire cependant pas les faveurs des divers regroupements de pharmaciens et n'est jamais réellement considéré. AUM. Fonds E63. 1873, 56-7-5-2. 100, 116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Document de travail présenté au comité formé par le Conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens en vue de la possibilité de création et d'intégration des techniciens en pharmacie. 15 septembre 1969.
- 183 AUM. Fonds E63. Boîte 1873, 56-7-5-2. Dossier 100.109. Comité consultatif 1965-1978. Lettre du président du Collège des pharmaciens, Jacques Gagnon, au doyen de la Faculté de pharmacie, Jérémie Tremblay, concernant la décision du comité chargé d'étudier la création d'une classe de technicien, 30 octobre 1969.
- 184 Leclerc-Chevalier D. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique...*, p. 145.

- 185 Leclerc-Chevalier D. *Opération Sciences de la santé. Dossier pharmacie – Pharmacie clinique...*, p. 146.
- 186 AUM. Fonds E63. 1873, 56-7-5-2. 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. PV de la réunion de la Commission sur les techniciens en pharmacie, 28 juin 1973.
- 187 Les *Guidelines for the Training of Non-Professional Personnel in Hospital Pharmacy* spécifient que le candidat doit avoir des connaissances générales en chimie, en physique et en mathématique du secondaire, être capable de travailler attentivement et méticuleusement avec les appareils, les instruments et les équipements et d'obéir aux instructions orales et verbales avec précision. Il doit aussi distinguer les fonctions routinières de celles demandant un jugement professionnel. Rapporté dans A.P.E.S. Boîte 39. Mémoires SPPH. *Le technicien en pharmacie. Mémoire préparé par la SPPH à l'intention du comité intergouvernemental sur la formation des techniciens en pharmacie*. 1^{er} octobre 1969.
- 188 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 29. Dossier Assistants techniques 1986. Compilation du questionnaire sur le personnel technique adressé aux chefs de département de pharmacie, s.d.
- 189 A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. A.P.E.S. *Un besoin pressant: des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament. Septembre 1983, p. 7.
- 190 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992/93*. Eli Lilly Canada Inc, 1993, p. 23.
- 191 A.P.E.S. Boîte 39. Mémoires SPPH. *Le technicien en pharmacie. Mémoire préparé par la SPPH à l'intention du comité intergouvernemental sur la formation des techniciens en pharmacie*. 1^{er} octobre 1969.
- 192 AUM. Fonds E63. 1873, 56-7-5-2. 100.116. Commission sur les techniciens en pharmacie 1969-1974. Projet de Techniques pharmaceutiques au CÉGEP de Saint-Hyacinthe, 10 mai 1972.
- 193 Planification sectorielle de l'enseignement supérieur. OSS. *Opération Sciences de la Santé. Rapport final. Partie II*. Québec: ministère de l'Éducation en collaboration avec le ministère des Affaires sociales, avril 1976, p. 386-387.
- 194 A.P.E.S. Boîte 29. Assistants techniques 1986. A.P.E.S. *Un besoin pressant: des auxiliaires qualifiés pour le pharmacien hospitalier*. Document de travail présenté par l'A.P.E.S. au Comité consultatif de la pharmacie et du médicament. Septembre 1983, p. 9.
- 195 L'Ordre des pharmaciens appuie la création d'une classe d'auxiliaires qualifiés pour le pharmacien. *Bulletin d'information professionnelle officiel de l'A.P.E.S.* 1984; 17 (5): 2.
- 196 A.P.E.S. Boîte 1. PV Comité exécutif 1987-88. Compte-rendu de la rencontre avec les représentants du MSSS, 4 juin 1987.
- 197 Fiche historique de l'Hôpital Royal Victoria. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 198 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. PV du conseil d'administration 1987-1988 (2). Lettre du président de l'A.P.E.S. aux chefs de département de pharmacie concernant le cours pour les auxiliaires en pharmacie, 14 décembre 1987.
- 199 La convention collective négociée à la fin des années 1980 permet d'ailleurs à chaque établissement de disposer de sommes pour offrir des cours de perfectionnement au personnel déjà en place, ce qui permet d'encourager la délivrance de diplômes des assistants techniques. De plus, les candidats ayant cumulé 1500 heures de travail comme assistant technique en pharmacie au cours des trois années précédant la demande d'admission reçoivent une équivalence de stage en établissement de santé ou en pharmacie communautaire. Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. Procès-verbaux du conseil d'administration 1987-1988. Lettre de Pierre Marchand, directeur du service d'éducation des adultes de la Commission scolaire Châteauguay, à François Schubert, président de l'A.P.E.S., concernant la présentation du programme d'assistance en pharmacie, 20 octobre 1987.
- 200 Schubert F. L'assistant technique en pharmacie et la pharmacie clinique. Une relation de cause à effet. *Pharmactuel* 1988; 21 (2): 14.
- 201 *Site Internet québécois des métiers et professions* (cité le 25 mai 2007) [en ligne]: http://www.geocities.com/metiers_quebec/sante/ass_tech_pharmacie.html (page consultée le 17 septembre 2007).
- 202 Le premier regroupement d'assistants techniques est formé en Californie en 1979 et s'implante graduellement à l'échelle des États-Unis. Fiche historique de l'Hôpital Royal Victoria. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011); Robitaille M. L'AQATP se fait connaître. *Pharmactuel* 1994 (septembre-octobre); 23 (5): 10. C'est d'ailleurs aux États-Unis, plus précisément en Californie, qu'un premier regroupement d'assistants techniques, l'Association of Pharmacy Technicians, est formé en 1979. Voir Whitney AK. Pharmacy technicians establish an independent national organization. *Drug Intell Clin Pharm* 1981; 15: 281.
- 203 AQATP [en ligne]: http://www.aqatp.ca/aqatp/index_f.aspx (page consultée le 16 mars 2011).
- 204 A.P.E.S., *Rapport d'activités* 2002, p. 3.
- 205 A.P.E.S., *Rapport d'activités* 2003, p. 3; Decelles S. Métier d'ATP: un avenir prometteur. *L'actualité pharmaceutique*, juin 2007: 18.
- 206 OPQ. *Actes généraux de la pharmacie* 2002, p. 17.
- 207 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise de la pratique pharmaceutique en établissements de santé 2005-2006. *Pharmactuel* 2007; 40 (3 suppl. 1): 7.
- 208 Boucher F. Enquête sur la délégation des tâches en pharmacie d'établissement. *Pharmactuel* 2007; 40 (4): 195-203.
- 209 Decelles S. Assistants techniques en pharmacie. Un congrès sous le signe du changement. *L'actualité pharmaceutique*, juin 2007: 18.
- 210 *Moving Forward. Pharmacy human resources for the future. The pharmacy technician workforce in Canada*. [en ligne]: http://www.pharmacyhr.ca/files/eng/Moving_Forward_Pharmacy_Technician_Results_-_Exec_Sum.pdf (page consultée le 17 avril 2011).

