APES #16
13/9/96

DOSSIER

STRATÉGIES D'IMPLANTATION DES SOINS PHARMACEUTIQUES AMBULATOIRES

par
Le comité des alternatives à l'hospitalisation et le comité CLSC-A.P.E.S.

Juin 1996

Table des matières

Table des matières 2

Introduction 3

Section I : Enquêtes

1. Résultats de l'enquête «Soins pharmaceutiques ambulatoires» 7

2. Résultats de l'enquête «Sondage - CLSC» 23

Section II : Stratégies d'implantation

1. Organisation et planification des soins pharmaceutiques ambulatoires . . . 28
   - *Rôles de l'A.P.E.S.* 28
   - *Rôles des pharmaciens* 30
     - Planification à l'intérieur de l'établissement (centre hospitalier, CLSC, CHSLD, etc.) 30
     - Planification à l'extérieur de l'établissement: 33

2. Concertations et articulations des actions entre les membres et l'A.P.E.S. 35

Conclusion 36

Section III : Annexes

Annexe 1
- *Documents traitant des soins pharmaceutiques ambulatoires disponibles aux membres* 1-i
  - Par l'A.P.E.S. 1-i
  - Par l'Ordre des pharmaciens du Québec 1-iv
  - Par des initiatives régionales de regroupement de pharmaciens 1-v

Annexe 2
- *Objectifs de santé* 2-i

Annexe 3
- *Contrat type d'une entente entre un CH et un CLSC* 3-i

Annexe 4
- *Liste des délégués régionaux de l'A.P.E.S.* 4-i
- *Liste des administrateurs par région* 4-iii

Introduction

À l'automne 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté, annonçait l'abolition de la circulaire «Malades sur pied», cette mesure devait entrer en vigueur le 1er avril 1994. Devant le tollé de protestations, le ministre suspendait l'abolition de la circulaire et procédait à la création d'un Comité d'experts ayant pour mandat de revoir cette directive ministérielle et définir les paramètres de l'accessibilité des médicaments aux patients ambulatoires. Ce Comité d'experts fut présidé par le Dr Jocelyn Demers avec la collaboration de madame Dolorès Lepage-Savary et monsieur Lucien Francoeur. Après de multiples consultations, le Comité déposa son rapport le 21 avril 1994 avec pour recommandation principale l'instauration d'un régime universel d'assurance-médicaments. Un comité interne au ministère fut formé à la suite de cette recommandation afin d'étudier la faisabilité économique d'un tel régime, mais ce rapport dénommé Gagnon ne fut jamais publié à ce jour.

Par ailleurs, le Comité Castonguay fut formé à l'automne 1995 et procéda à des audiences publiques sur l'instauration d'un tel régime. L'A.P.E.S. a d'ailleurs présenté deux mémoires soit un au Comité Demers et un au Comité Castonguay.

Les recommandations du Comité Castonguay ont conduit à l'élaboration par le ministre Jean Rochon, du projet de Loi 33, concernant un régime universel d'assurance-médicaments pour les Québécois.

L'A.P.E.S. a été invitée à présenter son avis sur le projet de loi en commission parlementaire en juin 1996.

La Loi 33 a été adoptée avec plusieurs amendements. Nous savons toutefois qu'il sera possible pour les établissements de facturer certains médicaments administrés dans le cadre de ces activités.

Les modalités seront précisées dans les règlements découlant de la Loi, règlements dont nous ne connaissons pas la teneur actuellement.

Parallèlement à l'assurance-médicaments, le gouvernement entreprend le virage ambulatoire au sein de notre réseau de santé notamment par les programmes de chirurgie d'un jour. Une analyse en profondeur des besoins en matière de santé de la population est entreprise par les régies régionales. De plus, deux documents du ministre de la Santé et des Services sociaux soit «*L'hôpital de jour*» et «*Les services à domicile*» ont été publiés à l'automne 1994 et indiquaient clairement l'intention du gouvernement d'entreprendre ce virage.

L'A.P.E.S. forma donc deux comités *ad hoc*, le comité *«alternatives à l'hospitalisation»* et le comité *«CLSC-A.P.E.S.»* Ces comités ont suggéré des prises de position à

l'A.P.E.S. qui furent entérinées par le conseil d'administration. Ces documents intitulés «Les soins pharmaceutiques ambulatoires» et «Les soins pharmaceutiques en CLSC» furent distribués aux membres en juin 1995 et servent de documents de base dans le contexte du virage ambulatoire.

En juin 1995, les événements se précipitent dans ce virage ambulatoire notamment à la suite de la lettre du ministre, monsieur Jean Rochon, aux régies régionales quant aux dispositions transitoires afin que les clientèles bénéficiant des services et soins ambulatoires aient accès aux mêmes services pharmaceutiques que lorsqu'elles étaient hospitalisées. De l'avis du ministre, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doivent prendre en charge la prestation de services pharmaceutiques pour la durée des jours d'hospitalisation sauvés soit les services professionnels et la médication.

Il est également primordial de comprendre que dorénavant la majorité des décisions concernant la reconfiguration du réseau sont prises par les régies régionales et que d'ici cinq ans, il y aura 40 % de moins de lits dans les établissements de santé.

Il devient donc essentiel pour les pharmaciens de se positionner au sein des régies régionales. C'est pourquoi le conseil d'administration de l'A.P.E.S. a décidé de se doter de délégués au sein de toutes les régions du Québec. Ces pharmaciens seront des courroies de transmission de l'information et seront à l'affût de toutes les décisions et de tous les soins pharmaceutiques.

Dans la plupart des régies régionales d'ailleurs, des comités sur les médicaments et sur les soins pharmaceutiques dans le virage ambulatoire s'organisent. Nous devons y participer.

Dans toute cette reconfiguration, il y a également un acteur important, le CLSC. Malgré le fait que les CLSC existent depuis plus de 25 ans, il y a peu d'exemples d'implication importante des pharmaciens au sein de ces établissements. Avec le transfert de plusieurs activités autrefois hospitalières vers le domicile ou la clinique externe, il est primordial que le CLSC se dote de soins pharmaceutiques adéquats.

Il appartient donc à chaque département de pharmacie d'analyser les besoins de la clientèle de tous les établissements de son territoire et de proposer des offres de service au CLSC. Un contrat type vous est d'ailleurs suggéré en annexe du document. Un acteur important, également, dans la reconfiguration est le CHSLD. En effet, les besoins en soins de longue durée ne cessent d'augmenter et il importe aux pharmaciens de s'assurer de la meilleure dispensation de soins pharmaceutiques à cette clientèle. Il est possible que certains documents comme le contrat type d'une entente entre un CH et un CLSC puissent servir de modèle pour d'autres ententes.

Ce document se veut donc complémentaire afin de supporter les membres de l'A.P.E.S. dans l'implantation de soins pharmaceutiques ambulatoires afin que leur prestation ne soit pas oubliée dans le processus de reconfiguration. Il appartient aux pharmaciens de voir à ce que la prestation de soins pharmaceutiques ambulatoires de qualité soit prévue dans le cadre d'une planification départementale de même que régionale. Plus spécifiquement, ce document a pour objectif de supporter les pharmaciens dans leur démarche de promotion des soins pharmaceutiques ambulatoires auprès des régies régionales afin que l'organisation et l'intégration des soins pharmaceutiques ambulatoires soient réalisés dans les programmes de reconfiguration du réseau de la santé.

Nous vous présentons donc à la première section les résultats de deux enquêtes, sur les soins pharmaceutiques ambulatoires au Québec et sur les soins pharmaceutiques en CLSC, toutes deux réalisées à l'automne 1995.

Nous vous proposons à la deuxième section une définition des rôles de chaque intervenant dans la planification des actions à prendre pour le développement de nos soins pharmaceutiques ambulatoires.

Nous avons également jugé bon de vous rendre disponible plusieurs documents, pour la plupart produits par les membres de l'A.P.E.S., vous permettant d'accélérer le processus de mise en place de ces programmes.

Nous espérons que ce document vous aidera à mieux planifier l'avenir, et nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires.

SECTION 1 :

ENQUÊTES

1. Résultats de l'enquête «Soins pharmaceutiques ambulatoires»

Afin de rencontrer les objectifs fixés, il nous apparaissait important de tracer un portrait le plus fidèle possible de la situation actuelle dans nos établissements de santé en matière de soins ambulatoires. Cent quarante-trois (143) questionnaires écrits ont été envoyés aux chefs de département de pharmacie à travers la province.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Type d'établissement	Nombre de répondants (%)
CHSLD	8 (11,6 %)
CHSCD	47 (68,1 %)
CHSCD universitaire	9 (13 %)
CLSC	0 (0 %)
Psychiatrie	4 (5,8 %)
Centre de santé	1 (1,5 %)
Total	**69 (100 %)**

Sur 69 établissements ayant répondu au sondage, la majorité des centres sont des CHSCD non universitaires. Aucun CLSC n'a répondu au sondage.

Nombre de lits	Nombre de répondants (%)
‹ 200 lits	24 (34,8 %)
200 - 400 lits	30 (43,5 %)
› 400 lits	15 (30 %)
Total	**69 (100 %)**

Les répondants se situent en majorité dans les centres de 200 - 400 lits, suivis des centres de moins de 200 lits et des grands centres.

Clientèle desservie	Nombre de répondants (%)
Locale	14 (20,6 %)
Régionale	15 (22 %)
Supra-régionale	4 (5,9 %)
Locale et régionale	22 (32,4 %)
Régionale et supra-régionale	2 (2,9 %)
Locale, régionale et supra-régionale	11 (16,2 %)
Total	**68 (100 %)**

Globalement, la clientèle desservie est surtout locale et/ou régionale pour la majorité des répondants.

IMPLICATION DES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE À DES PROGRAMMES AMBULATOIRES

	Nombre de répondants (%)
Oui	55 (80 %)
Non	14 (20 %)
Total	**69 (100 %)**

Quatre-vingts pour cent des établissements ayant répondu au sondage participent actuellement à des programmes de soins ambulatoires, incluant les cliniques autorisées «Malades sur pied».

Tableau 1A : SERVICES PHARMACEUTIQUES ACTUELLEMENT OFFERTS (EN %) PAR PROGRAMMES DE SOINS AMBULATOIRES (AUTRES QUE CLINIQUES DES MALADES SUR PIED)

Programmes ambulatoires offerts / Services pharmaceutiques offerts	Nombre d'établissements	% des établissements offrant des programmes ambulatoires %	Histoire médicamenteuse %	Conseils aux patients %	Plan de soins %	Préparation de médicaments %	Distribution des médicaments %	Enseignement à l'usager / famille %	Enseignement aux professionnels %	Pharmacocinétique %	Facturation %	Nombre d'heures moyen consommées / sem.
Antibiothérapie à domicile	21	30	52	76	27	95	91	71	48	48	0	3,1
Chirurgie d'un jour	19	28	21	53	26	58	84	21	21	5	0	1,0
Antibiothérapie en externe	18	26	33	44	33	61	94	33	22	44	0	1,6
Soins palliatifs	17	25	41	65	59	71	71	71	76	12	0	2,1
Traitement du diabète	13	19	62	77	62	15	15	92	69	0	0	NA
Traitement de la douleur	11	16	36	64	55	82	73	73	82	9	0	3,1
Anticoagulothérapie	9	13	56	78	33	22	11	78	56	0	0	6,1
Hémodialyse	9	13	11	22	0	56	100	22	0	22	0	1,6
Oncologie à domicile	6	9	33	83	67	100	83	50	33	0	0	1,2
Cardiologie	5	7	40	80	20	20	20	80	40	0	0	1,2
Dialyse péritonéale	5	7	0	0	0	60	100	20	0	0	0	0,6
Centre de jour de psychiatrie	3	4	33	67	33	33	33	67	100	0	0	5,3
Clinique pré-admission	2	3	0	0	50	100	50	0	0	0	0	0
Traitement des plaies	2	3	50	50	50	0	50	50	50	0	0	1
Autres	12	17	17	83	17	75	83	33	42	8	17	2,8

NA : Non applicable

Tableau 1B : SERVICES PHARMACEUTIQUES ACTUELLEMENT OFFERTS (EN %) EN CLINIQUE DES «MALADES SUR PIED»

Services pharmaceutiques offerts / Programmes ambulatoires offerts	Nombre d'établissements	% des établissements offrant des programmes ambulatoires %	Histoire médicamenteuse %	Conseils aux patients %	Plan de soins %	Préparation de médicaments %	Distribution des médicaments %	Enseignement à l'usager / famille %	Enseignement aux professionnels %	Pharmacocinétique %	Facturation %	Nombre d'heures moyen consommées / sem.
Oncologie	47	68	38	91	32	79	96	53	40	2	2	1,0*
Psychiatrie	42	61	29	81	10	50	98	33	21	0	2	6,1
SIDA	24	35	13	83	8	67	100	33	17	0	4	2,0
Hyperliprotéinémie	21	30	14	81	10	50	100	24	14	5	0	1,3
Fibrose Kystique	9	13	22	78	0	44	100	33	11	11	0	2,0
Tuberculose	8	12	25	100	13	63	100	38	25	0	0	1,0
Autres (diabète insipide)	7	10	43	86	14	57	100	57	0	0	0	0,6

* Ce résultat ne reflète probablement pas la réalité.

À la lumière des résultats du sondage, nous constatons que la majorité des programmes de soins ambulatoires déjà en place sont des programmes d'oncologie (68 % établissements), de psychiatrie (61 %), de SIDA (35 %) et d'hyperlipoprotéinémie (30 %) qui originent des cliniques des malades sur pied.

Viennent ensuite les programmes d'antibiothérapie externe et à domicile (26 % et 30 % établissements), les programmes de chirurgie d'un jour (28 %) et les soins palliatifs (25 %).

Nous constatons que la majorité des services offerts concernent surtout la distribution et la préparation des médicaments de même que l'enseignement tant au patient et à sa famille qu'aux autres professionnels de la santé. Par ailleurs, les services peuvent varier grandement d'une place à l'autre. Par exemple, les activités du programme d'hémodialyse concernent particulièrement la distribution des médicaments, tandis que celles du traitement du diabète se concentrent sur l'enseignement à l'usager et/ou la famille. Le plan de soins n'est pas encore un service offert dans la majorité des programmes bien qu'il soit surtout offert dans les programmes de soins palliatifs, de traitement de la douleur, d'oncologie à domicile et du traitement du diabète.

PARTICIPATION DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE À DE NOUVEAUX PROGRAMMES AMBULATOIRES ENGENDRÉS PAR LE RECONFIGURATION

	Nombre de répondants (%)
Oui	55 (80 %)
Non	12 (17 %)
Non indiqué	2 (3 %)
Total	**69 (100 %)**

La majorité prévoit donc développer d'autres programmes qui sont présentés au Tableau II (voir page 11)

Tableau II : SERVICES PHARMACEUTIQUES EN DÉVELOPPEMENT (EN %) PAR PROGRAMMES DE SOINS AMBULATOIRES (AUTRES QUE CLINIQUES DES MALADES SUR PIED)

Programmes ambulatoires offerts / Services pharmaceutiques offerts	Nombre d'établissements	% des établissements offrant des programmes ambulatoires	Histoire médicamenteuse	Conseils aux patients	Plan de soins	Préparation de médicaments	Distribution des médicaments	Enseignement à l'usager / famille	Enseignement aux professionnels	Pharmacocinétique	Facturation	Nombre d'heures moyen consommées / sem.
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Antibiothérapie à domicile	18	26	44	89	50	94	94	89	61	44	0	4,1
Antibiothérapie en externe	11	16	73	91	73	91	91	55	64	45	0	5,6
Soins palliatifs	10	14	70	90	70	40	80	90	70	0	0	2,5
Traitement du diabète	10	14	80	100	60	40	50	100	90	20	0	3,5
Chirurgie d'un jour	7	10	71	57	100	71	100	71	43	14	0	6,6
Oncologie à domicile	6	9	33	83	67	100	100	100	67	50	0	4,2
Pneumologie	6	9	83	83	83	67	67	100	83	83	0	2,3
Traitement de la douleur	6	9	67	67	50	50	50	83	83	17	0	1,8
Anticoagulothérapie	4	6	100	100	100	75	75	100	50	25	0	0,8
Centre de jour de psychiatrie	3	4	33	100	33	0	0	67	67	0	0	3,7
Clinique pré-admission	3	4	67	33	33	33	33	67	33	0	0	2,7
NPT à domicile	3	4	33	67	67	100	100	100	67	33	0	NA
Hémodialyse	2	3	50	50	50	50	50	50	50	0	0	7,5
Dialyse péritonéale	1	1	0	0	0	100	100	0	0	0	0	NA
Autres	9	13	78	89	67	33	33	89	89	11	11	10,7

NA : Non applicable
NPT : Nutrition parentérale totale

Les programmes ambulatoires qui seront développés par les établissements concernent surtout l'antibiothérapie à domicile (26 %) et l'antibiothérapie en externe (16 %), les soins palliatifs (14 %), le traitement du diabète (14 %) et la chirurgie d'un jour (10 %). Les différents types de services qui seront offerts touchent l'enseignement au patient, à la famille et aux autres professionnels de même que la distribution et la préparation des médicaments. À noter que plusieurs établissements prévoient offrir un plan de soins. Le nombre d'heures moyen par semaine prévu se situe entre 0,8 et 10,7 heures pour l'ensemble des programmes.

DISPENSATION DE SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES AMBULATOIRES SANS L'IMPLICATION DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

	Nombre de répondants (%)
Oui	21 (31 %)
Non	47 (69 %)
Total	**68 (100 %)**

Trente et un pour cent des répondants ont répondu qu'il y a des soins pharmaceutiques dispensés sans que les pharmaciens ne soient impliqués.

PARTICIPATION DIRECTE OU PAR LE BIAIS D'UNE CONSULTATION DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE À L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AMBULATOIRES

	Nombre de répondants (%)
Oui, par consultation	18 (26,5 %)
Oui, directement	20 (29,4 %)
Non	17 (25 %)
Non-indiqué	13 (19,1 %)
Total	**68 (100 %)**

La majorité ont participé à l'élaboration d'un plan d'action dans le cadre de soins ambulatoires.

OBTENTION D'HEURES RÉMUNÉRÉES SUPPLÉMENTAIRES PHARMACIEN OU ASSISTANT-TECHNIQUE À LA SUITE DU DÉVELOPPEMENT DE SERVICES AMBULATOIRES

Nombre de répondants	Type de programmes	Nombre d'heures obtenues		De quelle façon ?
		pharmacien	ass-techniques	
1	Centre de jour de diabète	12	0	fermeture d'une unité de soins
1	SIDA (hôpital de jour)	0	35	projet-pilote
1	Oncologie et psychiatrie	70	35	projet-pilote

Seulement trois répondants ont indiqué que le département de pharmacie avait obtenu des heures. Un répondant a indiqué qu'une demande de temps supplémentaire a été envoyée à la régie régionale avec les CLSC, mais n'a pas précisé pour quel programme.

Soixante-sept pour cent ont répondu n'avoir obtenu aucune heure rémunérée supplémentaire et 10 % serait en voie d'en obtenir. Vingt-trois pour cent n'ont pas répondu.

Très peu d'établissements ont donc obtenu des heures rémunérées pharmacien ou assistants-techniques supplémentaires pour la prestation de soins pharmaceutiques ambulatoires. Une réallocation interne des ressources disponibles actuellement a été nécessaire pour ces nouvelles activités.

RÉARRANGEMENT PHYSIQUE OU ESPACES PHYSIQUES ADDITIONNELS ACCORDÉS À LA PHARMACIE POUR OFFRIR UN OU PLUSIEURS PROGRAMMES DE SOINS AMBULATOIRES

	Nombre de répondants
Oui	11
Non	9
Total	**20**

Par ailleurs, les 9 répondants ayant répondu «non» sont tous en voie d'obtenir un réaménagement.

Il y a donc 20 répondants qui ont indiqué avoir obtenu ou être en voie d'obtenir un réaménagement physique.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, STATUT DE L'USAGER ET COÛTS IMPLIQUÉS SELON LE NOMBRE DE RÉPONDANTS

Tableau III : PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES

Programmes de soins ambulatoires offerts / Programmes	CHx 1 jour	AB en externe	AB à domicile	Chimiothérapie à domicile	Soins palliatifs	Traitement de la douleur	NPT à domicile	Hémodialyse	Anticoagulothérapie	Diabète	Cardiologie	Centre de psychiatrie	Autres
Admissibilité de l'usager													
1. Tous les usagers	9	7	19	4	6	3	1	2	6	7	2	1	7
2. Tiers payant (CSST, SAAQ, assureurs privés)			2										1
3. RAMQ	1		1		1								1
4. Autres	1	1	2		1		1			1			1
Statut de l'usager													
1. Inscrit	6	8	17	4	2	3	1	2	6	8	1	1	8
2. Admis	4	1	10		2	3	1	1	2		1		1
3. Enregistré		1	4		3	2		1	3	1			
Coût des médicaments et fournitures													
1. Usager	6		1			3	1	1	3	6	1		4
2. Hôpital	6	8	17	4	4	3		2	1	3	1		4
3. CLSC		1	5			1							
4. Tier payant + usager			1										1
5. Tier payant + hôpital			8		2	2	1		2				
6. RAMQ			3			1			1				1
7. Autres										1			
Nombre de répondants	10	8	23	4	7	4	2	2	6	8	2	1	9

Il est à noter qu'il est quelque peu difficile à la lecture du Tableau II d'avoir une vue d'ensemble, car les répondants pouvaient indiquer plusieurs réponses en même temps ce qui explique pourquoi le nombre de répondants ne correspond pas nécessairement au total des réponses par programme. Nous allons dégager ici les grandes lignes des résultats.

En ce qui concerne l'admissibilité, peu d'établissements sélectionnent leur clientèle selon la présence d'un tiers payant sauf pour l'antibiothérapie à domicile (cinq réponses sur vingt-trois). La majorité offre donc les programmes de soins ambulatoires à tous les usagers. Les usagers peuvent avoir des statuts différents selon les établissements et selon les programmes et ce, à l'intérieur d'un même établissement pour le même programme. Il semble tout de même y avoir plus de clients inscrits dans le cadre des soins ambulatoires.

Les coûts des médicaments et des fournitures requises dans les programmes ambulatoires sont en majorité défrayés par l'établissement seulement (35 réponses sur 86, soit 40 %). Après analyse, 13 réponses indiquaient que l'usager défrayait les coûts (15 %) (chirurgie d'un jour, anticoagulothérapie, diabète, cardiologie et douleur). Neuf réponses indiquaient que les coûts étaient défrayés par l'usager et l'établissement (10 %) et une réponse par l'usager et un tiers payant. Douze répondants ont indiqué que les coûts étaient défrayés par l'établissement et un tiers payant (14 %) dont huit réponses concernaient l'antibiothérapie à domicile. À noter que tous les répondants pour le programme d'antibiothérapie à domicile indiquaient une participation de l'établissement dans les coûts.

PRÉSENCE D'UN SYSTÈME DE GARDE PHARMACEUTIQUE POUR LA COUVERTURE DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES AMBULATOIRES

	Nombre de répondants (%)
Oui	28 (41 %)
Non	16 (23 %)
Non-indiqué	25 (36 %)
Total	**69 (100 %)**

Quarante et un pour cent offrent un système de garde dont 75 % à partir de la garde habituelle et 25 % offrent une garde spécifique à l'ambulatoire.

CATÉGORIES ET DURÉE DU SERVICE DE MÉDICATION

Tableau IV : MÉDICATION DESSERVIE POUR LES PROGRAMMES DE SOINS AMBULATOIRES

Médication	Nombre de répondants (%)
Médication entièrement servie	7 (8 %)
Médication servie et liée à l'épisode aigu	79 (92 %)
Total	**86 (100 %)**

Dans quatre-vingt-douze pour cent des cas, les établissements servent seulement la médication reliée à l'épisode aigu.

Tableau V : DURÉE DE SERVICE DE LA MÉDICATION DESSERVIE POUR LES PROGRAMMES DE SOINS AMBULATOIRES

Durée du service	Nombre de répondants (%)
Durée du séjour	7 (11 %)
Épisode aigu	23 (36,5 %)
Épisode de soins	4 (6,3 %)
Durée de traitement total	10 (15,9 %)
1 journée	5 (7,9 %)
48-72 heures	4 (6,3 %)
Variable	2 (3,2 %)
Autres	8 (12,7 %)
Total	**63 (100 %)**

La durée de service semble correspondre dans la majorité des cas à l'épisode aigu ou à de courtes durées. Quelques programmes offrent la durée de service pour l'épisode de soins ou la durée totale du traitement.

LIEU DE SERVICE DES PROGRAMMES AMBULATOIRES

Tableau VI : LIEU DE PRÉPARATION, DE DISTRIBUTION ET DE PRESTATION DES SOINS PHARMACEUTIQUES POUR LES PROGRAMMES AMBULATOIRES PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Type d'établissement	Préparation	Distribution	Prestation des soins pharmaceutiques
CH	61	62	61
CLSC	1		
Pharmacie communautaire	12	13	4
Intermédiaire spécialisé	3	1	1
Autres		2	

Le centre hospitalier est le principal lieu de préparation, distribution et prestation de soins pharmaceutiques.

TECHNOLOGIE PARTICULIÈRE POUR MÉDICAMENTS PARENTÉRAUX

Trente-cinq établissements utilisent en majorité des pompes programmables surtout la CADD(md). Les autres utilisent soit des pompes mécaniques, pousses seringues ou mini-perfuseurs.

Trente-huit répondants n'ont pas indiqué qui étaient les propriétaires de cette technologie. Les autres répondants ont indiqué soit la pharmacie (6), soit les soins infirmiers (5) ou d'autres intervenants comme les CLSC et autres départements (20).

UTILISATION DES APPAREILS TECHNOLOGIQUES

Tableau VII : ENSEIGNEMENT, GESTION ET ENTRETIEN DES APPAREILS TECHNOLOGIQUES POUR LES PROGRAMMES AMBULATOIRES PAR TYPE D'INTERVENANT

	Enseignement (%)	Gestion (%)	Entretien (%)
Pharmacien d'établissement	14 (33 %)	16 (40 %)	15 (37,5 %)
Infirmière d'établissement	7 (17 %)	6 (15 %)	8 (20 %)
Infirmière en CLSC	3 (7 %)	4 (10 %)	4 (10 %)
Pharmacien et infirmière d'établissement	13 (31 %)	8 (20 %)	5 (12,5 %)
Pharmacien d'établissement et infirmière en CLSC	4 (10 %)	1 (2,5 %)	
Infirmière d'établisement et infirmière en CLSC		1 (2,5 %)	2 (5 %)
Intermédiaire spécialisé			4 (10 %)
Pharmacien d'établissement et intermédiaire spécialisé		1 (2,5 %)	
Pharmacien et infirmière d'établissement et infirmière en CLSC	1 (2 %)	1 (2,5 %)	
Autres		3 (7,5 %)	2 (5 %)
Total	**42 (100 %)**	**40 (100 %)**	**40 (100 %)**

Les pharmaciens d'établissement sont impliqués dans la majorité des cas dans l'enseignement (76 %) seul ou avec des infirmières d'établissement et/ou de CLSC, dans la gestion (65 %) seul ou avec des infirmières d'établissement et/ou de CLSC et dans l'entretien (50 %) seul ou avec des infirmières d'établissement des technologies nécessaires à certains programmes ambulatoires.

MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS PHARMACEUTIQUES

Tableau VIII : MODÈLE DE PRESTATION DES SOINS PHARMACEUTIQUES AMBULATOIRES FAVORISÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT

Modèle	Nombre de répondants (%)
Clinique externe : Prestation des soins pharmaceutiques ambulatoires au niveau de la clinique externe de votre établissement.	29 (42 %)
CLSC avec contrat de service : au niveau du CLSC via contrat de service avec votre établissement.	8 (12 %)
Intégration du CLSC : au niveau du CLSC à la suite d'une intégration de un ou plusieurs CLSC par votre établissement.	3 (4 %)
CLSC de façon autonome : au niveau du CLSC de façon autonome.	1 (1 %)
Autre	4 (6 %)
Non-indiqué	24 (35 %)
Total	**69 (100 %)**

La majorité des répondants ont indiqué que les cliniques externes sont le lieu privilégié pour le développement de programmes de soins pharmaceutiques ambulatoires.

Conclusion

Comme on peut aisément le constater, il existe à l'heure actuelle au sein des établissements de santé, de nombreuses activités pharmaceutiques ayant pour cible des patients ambulants, c'est-à-dire, non hospitalisés.

Ces soins pharmaceutiques spécialisés ont recours à l'expertise des pharmaciens oeuvrant en établissements de santé ou utilisent le support du plateau technologique déjà en place dans ces établissements (ex: hottes stériles, laboratoires, etc.).

Il demeure cependant beaucoup de place à l'amélioration des soins pharmaceutiques offerts aux clientèles externes. Les clients des cliniques autorisées par la circulaire «Malades sur pied» (oncologie, SIDA, ...) sont relativement bien desservis, quoique de façon non uniforme; les nouveaux clients sont ceux du virage ambulatoire, les patients quittant plus précocement le centre hospitalier pour le domicile.

On constate donc que plusieurs nouveaux secteurs d'activité sont en développement dans certains centres (ex : service de thérapies parentérales à domicile, thérapies des hémodialysés, etc.). Ces soins pharmaceutiques ambulatoires auraient sûrement avantage à être disponibles partout afin d'offrir à la population du Québec la plus grande qualité possible de soins ambulatoires.

2. Résultats de l'enquête «Sondage - CLSC»

Pour avoir une image de la situation actuelle des soins et services pharmaceutiques en CLSC, un questionnaire a été expédié aux directeurs généraux des 162 CLSC desservant le territoire québécois.

De ce nombre, nous avons reçu 91 réponses, soit un taux de 56 %.

À la suite de l'analyse des résultats, il nous est apparu nécessaire de répartir les répondants selon le montant annuel de leurs achats en médicaments, à cause des grandes disparités entre les CLSC. Il est à noter que certains CLSC du Québec sont des centres de santé et comportent des lits de courte ou de longue durée.

CLASSE	A	B	C	D
MONTANT D'ACHATS EN MÉDICAMENTS (ANNUEL)	› 10 000 $	›1 000 $ À ≤ 10 000 $	≤ 1 000 $	NON INDIQUÉ OU NON DISPONIBLE
NOMBRE DE CLSC	15	39	27	10
%	16 %	43 %	30 %	11 %

On peut donc remarquer que la majorité des CLSC du Québec achètent entre 1 000 $ et 10 000 $ de médicaments par année. Ce montant n'inclut pas le coût des vaccins, qui sont fournis gratuitement par la direction de la santé publique du Québec, et les échantillons médicaux fournis par les compagnies pharmaceutiques.

QUESTION 1 : MODE D'APPROVISIONNEMENT

Classe	*Dist - achats groupe*	*Officine*	*CH / CHSLD*	*Divers*
A	12	3	4	0
B	15	18	22	2
C	8	9	10	7
D	2	3	6	2
Totaux	**37 (41 %)**	**33 (36 %)**	**42 (46 %)**	**11 (12 %)**

MODE D'APPROVISIONNEMENT SELON DIVERSITÉ D'ACHAT

	# de sources			
	0	1	2	3
A	0	12	2	1
B	0	25	10	4
C	3	19	4	1
D	1	6	2	1
Totaux	4 (4 %)	62 (68 %)	18 (20 %)	7 (8 %)

Nous pouvons ici remarquer que les sources d'achats des médicaments des CLSC sont variées.

La majorité des achats du groupe A (› 10 000 $) sont faits directement auprès des distributeurs, selon les prix négociés par les regroupements d'achats.

Il y a également plusieurs CLSC qui achètent des CH ou des CHSLD (46 %).

À noter que 28 % des répondants déclarent acheter leurs médicaments à deux et même à trois endroits différents, principalement dans le groupe B (entre 1 000 $ et 10 000 $ / an).

QUESTION 2 : COÛTS DES MÉDICAMENTS ACHETÉS PAR LE CLSC (SAUF LES VACCINS ET LES ÉCHANTILLONS)

	A *› 10 000*	*B* *› 1 000* *≤ 10 000*	*C* *≤ 1 000*	*D* *N/D*
Nb. répondants	15	39	27	10
Totaux	2 058 929 $	179 615 $	11 790 $	---
moyenne	137 267 $	4605 $	437 $	---
Total global : 2 250 334 $				

Le montant global des médicaments achetés par les CLSC répondants est de 2 250 334 $ / année. La majorité de ce montant est dépensé par 16 % des CLSC, probablement pour la plupart des centres de santé.

QUESTION 3 : PRÉSENCE DE PHARMACIENS

Présences	*A*	*B*	*C*	*D*	*Totaux*
OUI	11	14	2	2	**29 (32 %)**
NON	4	25	25	8	**52 (68 %)**

Il n'y a que 32 % des répondants qui affirment bénéficier de la présence sur place d'un pharmacien.

QUESTION 4 : HEURES PHARMACIEN TOTALES PAR SEMAINE

Nb heures/sem	*A*	*B*	*C*	*D*	*Total*
Totales	225,25 (11/11)	6,25 (6/13)	4,4 (2/2)	1,5 (2/2)	**237,65**
Moyennes	**20,25**	**1,04**	**2,2**	**0,75**	**24,24**

Il n'y a qu'un total de 237 heures travaillées par semaine dans l'ensemble des CLSC répondants. L'immense majorité de ces heures sont travaillées dans les CLSC achetant pour plus de 10 000 $ par année en médicaments, ce qui implique très certainement un travail de distribution.

QUESTION 5 : LIEN DU PHARMACIEN

Lien	*A*	*B*	*C*	*D*	*Total*
Emploi	6	0	0	0	**6**
Contrat	5	13	2	2	**22**

QUESTION 6 : MODE DE RÉMUNÉRATION

Rémunération	*A*	*B*	*C*	*D*	*Total*
A.P.E.S.	8	8	1	0	**17**
Privé	3	5	1	2	**11**

Seulement six CLSC ont déclaré que leurs pharmaciens ont un lien d'emploi avec eux, et ce, seulement dans le groupe A. La majorité des répondants rémunèrent cependant leurs pharmaciens selon l'entente conclue par l'A.P.E.S.

Conclusion

Les pharmaciens sont donc peu présents dans les établissements de santé du Québec. Cette situation est fort préoccupante quand on sait que la majorité des usagers des CLSC utilisent des médicaments, en particulier dans les programmes de soins à domicile.

De plus, on peut remarquer que les activités du pharmacien sont principalement liées à la distribution, puisque ce sont les plus gros acheteurs de médicaments qui «utilisent» des pharmaciens.

Nous pouvons donc conclure en disant que les soins et services pharmaceutiques sont largement à développer en CLSC, en particulier des activités de pharmaco-prévention, (voir annexe).

SECTION II :

STRATÉGIES D'IMPLANTATION

1. Organisation et planification des soins pharmaceutiques ambulatoires

Rôles de l'A.P.E.S.

Prises de positions officielles

L'A.P.E.S. a produit plusieurs positions officielles dans le cadre du virage ambulatoire (voir Annexe 1). Ces positions ont pour but de supporter les membres et ont été publiées dans l'INFO-A.P.E.S.

Support dans la diffusion de documents ou de programmes susceptibles d'intéresser d'autres membres

En effet, l'A.P.E.S. offre la possibilité de publier tout document pertinent via l'INFO-A.P.E.S. Ces publications pourraient aider d'autres membres à développer les soins pharmaceutiques ambulatoires.

Représentations politiques

L'A.P.E.S. est responsable de rencontrer diverses associations ainsi que le Ministère de la Santé et des Services sociaux afin de représenter ses membres tant du point de vue professionnel que syndical. En effet, au niveau du virage ambulatoire plusieurs représentations ont été faites notamment:

- Rencontre avec le ministre, monsieur Jean Rochon, en mars 1995.

- Position officielle «Les soins pharmaceutiques ambulatoires» envoyée au Ministère de la Santé (ministre et sous-ministre) et à toutes les directions des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux.

- Position officielle «Prise de position conjointe des pharmaciens sur la reconfiguration du réseau québécois de la santé» par l'A.P.E.S., l'AQPP et l'OPQ envoyée au Ministère de la Santé (ministre et sous-ministre) et à toutes les directions des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux.

- Présentation de la position officielle de l'A.P.E.S. «Assurance soins pharmaceutiques» à la commission Castonguay, en novembre 1995.

- Position de l'A.P.E.S. sur les soins pharmaceutiques en CLSC, envoyée aux directeur généraux des CLSC, à la Fédération des CLSC du Québec, au Ministère de la Santé et des Services sociaux, aux directeurs généraux des Régies régionales, aux participants de la table de consultation provinciale (Association des médecins oeuvrant en CLSC, à venir).

Représentations régionales

- Représentations auprès des régies régionales notamment celles de Montréal, Québec, Saguenay-Lac-St-Jean, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Mauricie-Bois-Francs, Laval, Montérégie, Bas-St-Laurent.

Ces représentations régionales deviennent de plus en plus importantes, car se sont les régies régionales qui prennent les décisions finales. Afin d'améliorer la représentation régionale, l'A.P.E.S. a créé une nouvelle fonction sous la responsabilité de l'administrateur régional soit celle de **délégué régional** qui pourra effectuer au besoin des représentations dans sa région en collaboration avec les pharmaciens de cette région. La structure des régies régionales est passablement complexe, mais les personnes ressources principales sont le directeur général et le coordonnateur médical.

Représentations au niveau des autres associations et organismes

- AHQ (tout au courant de l'année, rencontre d'un vice-président et participation à un comité consultatif).

- Tables régionales des directeurs généraux des hôpitaux, des directeurs professionnels (à venir).

- Association des médecins oeuvrant en CLSC (à venir)

- Fédération des CLSC
  Une rencontre s'est tenue en juin 1995.
  Table des directeurs généraux de CLSC (régionale et provinciale à venir)

- Confédération des CHSLD et CH de réadaptation (discussion tout au cours de l'année).

- Ordre des pharmaciens du Québec (comité tripartite)

Rôles des pharmaciens

Planification à l'intérieur de l'établissement (centre hospitalier, CLSC, CHSLD, etc.)

- Développer une expertise ou une expérience pratique au niveau des soins pharmaceutiques ambulatoires

- Elaborer une stratégie départementale et identifier les pharmaciens intéressés aux soins pharmaceutiques ambulatoires

- Expliquer notre démarche à la direction des services professionnels, à la direction des soins infirmiers, à la direction des soins ambulatoires (s'il y en a une), à la direction générale et au président du CMDP ou à tout autre intervenant concerné afin de les sensibiliser et les convaincre de la nécessité du développement des soins pharmaceutiques ambulatoires. Cette démarche peut prendre la forme d'une présentation de département (s'inspirer de la documentation disponible en Annexe 1).

- Participer aux comités formés dans l'établissement dans le cadre du virage ambulatoire:

    - comités du CMDP
    - comités de planification financière
    - comités de la direction générale

- S'impliquer dans les programmes de soins ambulatoires:

    - sur les unités de soins aigus de courte durée
    - dans les programmes de chirurgie d'un jour, médecine de jour, centre de jour.
    - dans les cliniques externes spécialisées telles que l'antibiothérapie externe, le traitement de la douleur, le traitement du diabète et l'anticoagulothérapie
    - dans les programmes de soins à domicile notamment, l'antibiothérapie à domicile, le traitement de la douleur et les soins palliatifs.

- Proposer des programmes de soins et services pharmaceutiques adaptés au besoin des CLSC

La planification de la stratégie au niveau des CLSC doit tenir compte de leur particularité en matière de santé publique (notamment la prévention, l'immunisation) et de leur approche par objectifs de santé (voir Annexe 2).

Les projets développés à l'intention d'un CLSC doivent permettre l'atteinte d'un des objectifs de santé priorisé par ce dernier. En effet, chaque CLSC sélectionne ses propres objectifs à partir des 19 ciblés par le ministère. Aussi excellent soit-il, un projet peut se voir écarté strictement parce qu'il ne correspond pas aux objectifs ciblés. Il est donc impératif de connaître ce qui a été priorisé par un établissement afin de planifier le plus justement possible notre approche et maximiser ainsi les chances de réussite.

Les soins et services pharmaceutiques peuvent être rendus par l'établissement d'ententes inter-établissement. Un contrat type vous est proposé en Annexe 3.

Ils peuvent également être rendus par l'embauche d'un pharmacien par un CLSC ou un regroupement de CLSC. Dans ce cas, le pharmacien devrait être membre associé d'un département de pharmacie d'un centre hospitalier de courte durée, afin d'éviter l'isolement professionnel, de mettre le plateau technologique du département au service du CLSC, de disposer d'un centre complet de références sur les médicaments, de bénéficier des avantages des achats regroupés, d'assurer les remplacements des vacances, congés, etc.

Le cadre général de prestation des soins pharmaceutiques en CLSC est la planificaiton et l'organisation de mesures visant l'atteinte d'une pharmacothérapie optimale pour les usagers du CLSC.

Les fonctions du pharmacien de CLSC sont de :

- Sous l'autorité du directeur général et du CMDP, le cas échéant, s'assurer de la disponibilité des soins et services pharmaceutiques requis par les usagers du CLSC. Faciliter le transfert de l'usager d'un établissement vers son domicile ou de son domicile vers un établissement en regard de ses besoins en soins pharmaceutiques.

- Coordonner l'accessibilité aux médicaments et aux fournitures requises pour leur usage, instaurer et appliquer un système de contrôle de cette médication dans le respect des lois et règlements en vigueur.

- S'assurer de la transmission des informations nécessaires à la prise en charge de sa pharmacothérapie par le client.

- Participer à la formation continue et à l'enseignement des professionnels du CLSC sur le bon usage des médicaments.

Cette fonction comprend notamment les activités suivantes :

1. Élaborer un formulaire thérapeutique et maintenir un inventaire adéquat en médicaments, fournitures et produits biologiques de tous les points de services du CLSC. Appliquer une procédure d'approvisionnement conforme aux politiques d'achats en commun de la région;

2. En collaboration avec la régie régionale et les établissements du territoire, élaborer, appliquer, coordonner et assurer le suivi des protocoles régionaux et sous-régionaux (MRC) d'utilisation des médicaments et des produits biologiques;

3. Identifier, le cas échéant, les problèmes réels ou potentiels reliés à la pharmacothérapie du client, élaborer et rédiger son plan de soins pharmaceutiques et le transmettre aux professionnels impliqués dans la prestation des soins médicaux, infirmiers et pharmaceutiques;

4. En particulier dans les programmes ambulatoires, participer à la sélection des usagers, organiser la distribution des médicaments nécessitant l'utilisation du plateau technologique d'un centre hospitalier, en collaboration avec ses collègues du département de pharmacie de ce centre. Sous l'autorité du CMDP, organiser, le cas échéant, un service de garde pharmaceutique;

5. Favoriser le transfert de l'usager du centre hospitalier vers les soins à domicile du CLSC. Il assure également la continuité dans les soins pharmaceutiques en collaboration avec le pharmacien communautaire du client, en particulier par le transfert du plan de soins pharmaceutiques;

6. Favoriser le maintien à domicile de l'usager en lui offrant ses services dans son milieu naturel, si requis dans le cadre du virage ambulatoire.

7. Collaborer à l'identification des besoins de la population du territoire en terme de prévention de l'usage inapproprié des médicaments, drogues ou poisons, en accord avec les objectifs de santé priorisés par la régie régionale et l'établissement. Élaborer et appliquer des programmes de pharmacoprévention communautaires et individuels;

8. Organiser et supporter les services téléphoniques d'information et d'orientation en regard des demandes de renseignement sur les médicaments et la pharmacothérapie;

9. Identifier et organiser des activités visant à rencontrer les besoins en information sur les médicaments requis par les professionnels du CLSC, les regroupements sociaux et les organismes communautaires du territoire et les usagers;

Les groupes communautaires impliqués dans une région ou un quartier sont nombreux et rejoignent plusieurs clientèles du CLSC :

- centre de jour pour personnes âgées
- centre d'hébergement et d'entraide pour toxicomanes
- soutien aux personnes atteintes de troubles de santé mentale et à leurs proches
- jeunes en difficulté
- personnes atteintes de déficience intellectuelle
- handicapés physiques
- etc.

Les groupes communautaires sont souvent influents au sein des CLSC et des régies régionales puisque plusieurs personnes provenant de ces organismes sont membres du conseil d'administration des régies régionales.

Planification à l'extérieur de l'établissement:

- Se regrouper régionalement et identifier dans la région des pharmaciens en tant que personnes ressources au développement ou à la consolidation de soins pharmaceutiques ambulatoires.

  Ce regroupement peut se faire par exemple via le regroupement des chefs de département de pharmacie ou tout autre forme de regroupement professionnel ou universitaire.

  Ce regroupement aurait pour but principalement d'élaborer des protocoles sur la fourniture de médicaments dans le cadre du virage ambulatoire et sur la prestation des soins pharmaceutiques en s'inspirant, au besoin, des documents disponibles (voir Annexe 1) et en les adaptant au niveau régional.

  L'A.P.E.S. est d'avis que les médicaments devraient être fournis en tenant compte de l'épisode de soins qui nécessite le support technologique et professionnel de l'établissement de santé.

- Faire des représentations à leur régie régionale afin de planifier les soins pharmaceutiques ambulatoires :

- identifier les délégués des établissements de santé de la région à la commission médicale régionale afin de faire valoir notre point de vue;
- rencontrer les directeurs de la santé physique et santé publique de la régie régionale;
- rencontrer le directeur général de la régie régionale.

- Favoriser la présence de pharmaciens au sein des régies régionales en tant que personne ressource pour tous les programmes qui touchent de près ou de loin aux soins pharmaceutiques.

- Participer à tout comité sur l'utilisation des médicaments formé par la régie régionale. La représentation à ces comités peut être faite par des personnes ressources identifiées par le regroupement.

2. Concertation et articulation des actions entre les membres et l'A.P.E.S.

Afin d'optimiser nos actions dans le cadre du virage ambulatoire, il serait opportun que l'A.P.E.S. soit informée des initiatives régionales afin de concerter les différentes représentations.

Il est également possible d'articuler les représentations régionales via les administrateurs ou les délégués régionaux (voir Annexe 4). En effet, dans certaines régions, des représentations au niveau des régies régionales ont été faites de concert avec l'A.P.E.S. par la présentation de mémoires conjoints.

De façon générale, les délégués régionaux ont pour principales fonctions de :

- présenter à la régie en collaboration avec l'administrateur élu, les documents et prises de position de l'A.P.E.S. pouvant intéresser ou concerner cet organisme;

- fournir à l'administrateur élu des informations sur la situation et l'évolution de celle-ci au niveau de sa régie régionale; faire parvenir à l'administrateur de l'A.P.E.S. tout document pertinent émis par la régie;

- identifier, s'il y a lieu, les pharmaciens qui ont des implications à la régie régionale;

- assurer au besoin, l'arrimage avec les comités de chefs de département de sa région;

- prendre connaissance des décisions du conseil d'administration de la régie régionale.

N'hésitez pas à contacter votre administrateur ou délégué régional dans le cadre de la reconfiguration du réseau.

Conclusion

La reconfiguration du réseau de la santé représente un changement majeur au niveau de notre système de santé. Il y aura de moins en moins de patients hospitalisés et de plus en plus de patients ambulatoires. En tant que pharmaciens, nous avons la responsabilité de rendre tous les soins pharmaceutiques nécessaires. Les soins pharmaceutiques ambulatoires sont donc à développer et à consolider et c'est à nous, pharmaciens, d'y voir. Nous devons être à l'écoute et à l'affût de tout changement ou développement dans le cadre du virage ambulatoire. Notre présence au sein des régies régionales est indispensable et nous devrons faire des représentations et participer à tout comité formé sur l'utilisation des médicaments au niveau régional.

Dans un premier temps, il est impératif de planifier le développement des soins pharmaceutiques ambulatoires à l'intérieur de notre établissement de santé et deuxièmement de se regrouper régionalement, afin d'assurer l'accessibilité de ces soins au niveau des protocoles régionaux des régies régionales.

L'A.P.E.S. a d'ailleurs développé une structure régionale de représentation par le biais de délégués régionaux qui pourront travailler de concert avec les pharmaciens de la région dans les représentations au sein des régies régionales.

Il ne faut pas sous-estimer la participation nécessaire des pharmaciens au niveau des CLSC qui prendront une part de plus en plus importante dans la prestation des soins ambulatoires. Il est essentiel de rendre des soins pharmaceutiques ambulatoires via les CLSC que ce soit par le biais d'ententes inter-établissements ou par le biais d'embauche de pharmaciens. Notre degré d'implication sera le reflet de la qualité des soins pharmaceutiques ambulatoires qui seront rendus peu importe le lieu de prestation de ces services.

SECTION III :

ANNEXES

Annexe 1

Documents traitant des soins pharmaceutiques ambulatoires disponibles aux membres

DOCUMENTS TRAITANT DES SOINS PHARMACEUTIQUES AMBULATOIRES DISPONIBLES AUX MEMBRES

Par l'A.P.E.S.

1. Les soins pharmaceutiques ambulatoires

Par le comité «alternatives à l'hospitalisation», publié dans l'Info-A.P.E.S. du mois de juin 1995.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

Ce document représente la position officielle de l'A.P.E.S. sur la prestation des soins pharmaceutiques ambulatoires dans le cadre de la reconfiguration du réseau québécois de la santé. Il décrit la situation actuelle (avec ses mythes et réalités), la clientèle visée et présente une brève définition des soins pharmaceutiques ambulatoires généraux et spécialisés ainsi que les rôles et responsabilités du pharmacien. Les grandes orientations de l'A.P.E.S. y sont formulées à la fin du document.

2. Prise de position conjointe des pharmaciens sur la reconfiguration du réseau québécois de la santé

Par l'A.P.E.S., l'AQPP et l'OPQ, publié dans l'Ordonnance du mois de novembre - décembre 1995.

Ce document se veut la position officielle des trois organismes.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

3. Assurance soins pharmaceutiques

Par l'A.P.E.S. dans le cadre du comité Castonguay sur le régime universel d'assurance-médicaments, publié dans l'Info-A.P.E.S. du mois de décembre 1995.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

4. **Position de l'A.P.E.S. sur les soins pharmaceutiques en CLSC**

Par le comité CLSC-A.P.E.S., publié dans l'Info-A.P.E.S. du mois de décembre 1995.

Ce document est la position officielle de l'A.P.E.S. sur la pratique pharmaceutique en CLSC et les rôles du pharmacien.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

5. **Avis écrit sur l'organisation des soins et services de santé sur l'Île de Montréal**

Présenté dans le cadre des audiences publiques de la Régie régionale de Montréal-centre et présenté au regroupement des chefs de département de pharmacie de la région de Montréal en juin 1995 (disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.). Les recommandations ont été publiées dans l'Info-A.P.E.S. du mois de juin 1995.

Ce document a été fortement inspiré de la position officielle de l'A.P.E.S. sur les soins pharmaceutiques ambulatoires et présentait également les préoccupations syndicales dans le cadre de la fermeture de certains hôpitaux de la région.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

6. **Mémoire sur l'organisation des soins et services de santé dans la région de Québec**

Présenté dans le cadre des audiences publiques de la Régie régionale de Québec, et les recommandations ont été publiées dans l'Info-A.P.E.S. du mois de juin 1995.

Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

7. **Mémoire sur l'organisation des soins et services de santé dans la région du Bas St-Laurent**

Présenté à l'initiative des pharmaciens de la région à la Régie régionale. Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

8. **Mémoire sur l'organisation des soins et services de santé dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean**

   Présenté dans le cadre des audiences publiques en novembre 1995. Conjoint A.P.E.S. et pharmaciens de la région.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

9. **Mémoire sur l'organisation des soins et services de santé dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine**

   Présenté à l'initiative des pharmaciens d'établissement de la région en novembre 1995 à la régie régionale.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

10. **Commentaires de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et du regroupement des chefs de département de pharmacie des régions 01-11 sur le plan triennal de transformation du réseau**

    Présenté dans le cadre de la consultation publique. Conjoint A.P.E.S. et pharmaciens de la région.

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

11. **Mémoire présenté à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs**

    Présenté dans le cadre des audiences publiques par l'A.P.E.S. et pharmaciens de la région.

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

12. **La gestion des produits immunisants par les pharmaciens des établissements de santé du Québec**

    Position officielle de l'A.P.E.S. Publiée dans l'Info-A.P.E.S. du mois de mai 1995.

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

Par l'Ordre des pharmaciens du Québec

Normes de pratique de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Cette section a pour objet d'appuyer les membres dans la planification des soins pharmaceutiques.

1. **Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier de courte durée.**

   Disponible auprès de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

2. **Guide des soins et services pharmaceutiques en centre local de services communautaires (CLSC).**

   Disponible auprès de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Par des initiatives régionales de regroupement de pharmaciens

1. **Protocole d'entente de prestation de soins et services pharmaceutiques en Montérégie**

   Par les chefs de département de pharmacie de la Montérégie.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

   Ce document décrit les services à rendre et la fourniture des médicaments dans le cadre du virage ambulatoire. Les médicaments fournis sont ceux inscrits aux formulaires de l'hôpital et concernent le traitement aigu pour les journées d'hospitalisation sauvées.

2. **Mécanismes de liaison entre le centre hospitalier de santé de l'Estrie et les huit centres locaux de services communautaires**

   Janvier 1996

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

3. **Modalités d'articulation CHSCD-CLSC soins post-hospitaliers**

   Février 1996

   Document de travail de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-centre.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

4. **Protocole d'entente entre les CLSC de la région de Lanaudière Nord et le CHRDL**

   Les services spécialisés à domicile

   Octobre 1994

   Ce document décrit les services spécialisés offerts, la clientèle visée, les normes d'admissibilité, etc.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

5. **Programme d'antibiothérapie I.V. à domicile**

   CHRDL décembre 1992

   Par Lise Christin, infirmière conseillère en soins spécialisés et Pierre Neault, chef du département de pharmacie du CHRDL.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

6. **Programme d'antibiothérapie à domicile du C.U.S.E.**

   Pour obtenir le document, veuillez vous adresser auprès de madame Marie Bisaillon, soins infirmiers du C.U.S.E., au 819-569-2551. Des coûts sont à prévoir.

7. **Programme des soins pharmaceutiques ambulatoires**

   Document du C.H.U.Q.
   Octobre 1995

   Préparé par un comité *ad hoc* de regroupement des chefs de département de pharmacie de la région de Québec.

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

8. **Protocole d'entente entre l'Hôtel-Dieu de Lévis et le Centre local de services communautaires**

   Septembre 1995

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

9. **Protocole d'entente entre l'hôpital Notre-Dame et le CLSC Centre-Sud, le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, le CLSC du Plateau Mont-Royal et le CA-CLSC de Rosemont**

   Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

10. **Protocole régional des Laurentides**

    Janvier 1996

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

11. **Protocole d'entente entre le CLSC de la Vallée et le Centre hospitalier d'Amqui**

    Avril 1995

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

12. **Protocole d'entente régional pour la complémentarité CHSGS-CLSC région 03**

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

13. **Organisation de services complémentaires entre Réseau Santé Richelieu-Yamaska et les CLSC de la sous-région (La Chênaie, des Maskoutains et la Vallée des Patriotes) dans le cadre du virage ambulatoire**

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

14. **Portrait des régions relativement à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux**

    Conférence des régies régionales de la Santé et des Services sociaux.

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

15. **Prestation de soins et services pharmaceutiques dans le cadre du programme de virage ambulatoire au pavillon Saint-Sacrement**

    Par madame Dolorès Lepage-Savary, chef du département de pharmacie.

    Disponible au secrétariat de l'A.P.E.S.

Annexe 2

Objectifs de santé

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectif 1 : D'ici l'an 2002, diminuer le cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes.

Objectif 2 : D'ici l'an 2002, réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes.

Objectif 3 : D'ici l'an 2002, diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance.

Objectif 4 : D'ici l'an 2002, diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial.

Objectif 5 : D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des sans-abri.

Objectif 6 : D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales.

La santé physique

Objectif 7 : D'ici l'an 2002, réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques.

Objectif 8 : D'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladie cardio-vasculaire.

Objectif 9 : D'ici l'an 2002, stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein.

Objectif 10 : D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.

Objectif 11 : D'ici l'an 2002, réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes.

Objectif 12 : D'ici l'an 2002, réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire.

La santé publique

Objectif 13 : D'ici l'an 2002, réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques.

Objectif 14 : D'ici l'an 2002, éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'haemophilus influenzae (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année.

Objectif 15 : D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans.

La santé mentale

Objectif 16 : D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale.

Objectif 17 : D'ici l'an 2002, réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

L'intégration sociale

Objectif 18 : D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.

Objectif 19 : D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.

Annexe 3

Contrat type d'une entente entre un CH et un CLSC

CONTRAT TYPE

Protocole d'entente intervenu
pour
soins et services pharmaceutiques

ENTRE
C.L.S.C. ...

ET
CENTRE HOSPITALIER ...

DATE

Attendu qu'aux termes de l'article 108 de la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 1991, C.42), tout établissement peut conclure avec un autre établissement des contrats de services professionnels.

ET

Attendu que le CLSC...pour fin de soins et services pharmaceutiques désire retenir les services à temps (partiel ou plein) d'un membre du département de pharmacie du centre hospitalier..., pour les périodes apparaissant à l'article 8.1.

En conséquence, les parties conviennent de ce qui suit:

1.0 OBJET DU CONTRAT

La présente entente a pour objet de régir les relations entre les deux parties en vue d'assurer les soins et services pharmaceutiques au CLSC... par le département de pharmacie du centre hospitalier...

2.0 DÉFINITIONS

Soins pharmaceutiques

Ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative.

Services pharmaceutiques

Toute activité pharmaceutique de support requise par un pharmacien pour résoudre un problème ou combler un besoin relié à la pharmacothérapie d'un patient.

3.0 DISPOSITIONS LÉGALES

Le département de pharmacie du centre hospitalier... s'engage à fournir les soins et services pharmaceutiques au CLSC...dans le respect des lois suivantes:

- ❒ Loi et règlements sur la pharmacie
- ❒ Loi sur les aliments et drogues
- ❒ Loi sur les stupéfiants
- ❒ Loi et règlements sur les services de santé et les services sociaux

et les normes découlant de:

- ❒ Ordre des pharmaciens du Québec
- ❒ Ministère de la Santé et Services sociaux
- ❒ Santé et Bien-Être Social du Canada
- ❒ Direction générale de la protection de la santé
- ❒ Bureau des drogues dangereuses
- ❒ Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
- ❒ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

4.0 CLIENTÈLE DESSERVIE

- ❒ Usagers qui fréquentent le CLSC
- ❒ Personnel médical, infirmier et paramédical oeuvrant au CLSC

5.0 SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le CLSC...s'engage, pour la durée du présent contrat, de permettre à un membre du département de pharmacie du centre hospitalier..., de prodiguer les soins et services professionnels de pharmacie auprès des usagers.

Les soins et services pharmaceutiques consistent à:

5.1 Instaurer ou supporter l'instauration d'un système de contrôle de la médication utilisée en CLSC

1. Appliquer une procédure d'approvisionnement conforme aux politiques d'achat en commun déterminée par les régies régionales.

2. Maintenir un inventaire adéquat.

3. Tenir à jour le registre des stupéfiants et drogues contrôlées.

4. Détruire de façon sécuritaire les médicaments périmés.

5.2 Assurer ou soutenir la planification et l'organisation de mesures visant l'atteinte d'une pharmacothérapie optimale

1. Préparer et tenir à jour un formulaire thérapeutique, à partir de la liste de médicaments visée à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

2. Établir des politiques et procédures relatives aux services pharmaceutiques.

3. Déterminer les règles d'utilisation de médicaments.

4. Participer à la rédaction des ordonnances permanentes et des protocoles impliquant l'utilisation des médicaments.

5. Dans le cadre de son horaire de travail, participer aux comités et équipes interdisciplinaires où l'expertise du pharmacien est requise.

6. Planifier l'accès à une documentation pharmacologique appropriée.

7. Fournir une information pharmacothérapeutique adaptée aux services offerts par le CLSC.

8. Participer à la formation continue et à l'enseignement aux intervenants du CLSC.

5.3 Établir ou soutenir le programme de monitorage pharmacothérapeutique du CLSC

1. Établir un programme d'histoire pharmacothérapeutique.

2. Participer à l'élaboration du plan de traitement pharmacothérapeutique.

3. Établir des programmes favorisant l'observance au traitement pharmacologique.

4. Rendre disponibles aux usagers, les informations nécessaires à la compréhension de leur traitement pharmacologique, et à leur participation au traitement.

5. Évaluer les situations de polypharmacothérapie.

6. Contribuer au programme de maintien à domicile du CLSC.

7. Participer au programme de revue d'utilisation des médicaments (R.U.M.) établi en milieu communautaire.

5.4 Établir ou soutenir les programmes de pharmaco-prévention du CLSC

En complémentarité avec les activités citées en 5.2 et 5.3, le pharmacien donne de l'information sur le bon usage des médicaments, sur les risques de l'utilisation abusive de ceux-ci et sur les toxicomanies, en particulier par :

- ❒ des consultations individuelles
- ❒ des conférences ou rencontres de groupe
- ❒ des participations à des études épidémiologiques lorsque des aspects de l'étude touchent à la médication

6.0 STATUT DU PHARMACIEN

Le pharmacien qui exerce en CLSC, même à temps partiel, doit obtenir un statut au sein du CMDP, conformément aux dispositions des articles 246 à 248 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le CLSC ...n'exerce aucune réclamation contre le pharmacien dans les cas de faute commise dans l'exercice de sa profession.

Le centre hospitalier...s'engage à assumer la responsabilité professionnelle des actes posés par le pharmacien dans l'exercice de sa profession.

7.0 RÉGIME D'EMPLOI

Le régime d'emploi du pharmacien n'est pas modifié du fait qu'il fournit en tout ou en partie des services prévus au présent contrat, à moins que cela ait pour effet d'ajouter des heures au présent contrat.

Le pharmacien qui fournit des services prévus au présent contrat doit être un pharmacien détenteur de poste au centre hospitalier. Le centre hospitalier s'engage à augmenter ses effectifs pharmaciens détenteurs de poste d'un nombre d'heures équivalent à celui requis pour l'exécution du présent contrat.

8.0 DURÉE DU CONTRAT

La présente entente entrera en vigueur à compter de la date de la signature et aura une durée de...année(s); elle se renouvellera automatiquement par la suite, d'année en année, à moins d'avis contraire formulé par une des parties à l'ordre de l'autre au moins 60 jours avant la date de l'expiration ou de son renouvellement.

9.0 RESSOURCES

9.1 Ressources humaines

Le CLSC...s'engage à retenir les services du pharmacien d'un membre du département de pharmacie du centre hospitalier pour les périodes suivantes: ...vacations de...heures pour un total de...heures par année.

9.2 Frais pour les services professionnels

Le CLSC...s'engage à rémunérer les services pharmaceutiques aux conditions déterminées par l'entente signée entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des pharmaciens des établissements de santé relative aux conditions de travail des pharmaciens exerçant en centre hospitalier.

9.3 Médicaments et fournitures

Le centre hospitalier...s'engage à vendre au CLSC...les médicaments inscrits à son formulaire.

Des frais de ...% seront imposés sur les achats éventuels de médicaments.

(N.B.: Les délais de préparation et de distribution de la médication sont à prévoir dans l'entente, si nécessaire.)

9.4 Frais de déplacements

Le CLSC...s'engage à défrayer les coûts de déplacements du pharmacien selon l'entente signée entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des pharmaciens des établissements de santé relative aux conditions de travail des pharmaciens exerçant en centre hospitalier.

9.5 Frais de transport pour les médicaments

Les frais de transport pour les médicaments sont assumés par le CLSC...

9.6 Modalité de paiement

Le département de pharmacie du centre hospitalier...facturera le CLSC à la fin de chaque mois ou à la fin de chaque période comptable. La facture est payable dans les...jours, sans quoi une pénalité de...% sera appliquée pour chaque... jours de retard.

9.7 Modalités d'articulation pour les soins post-hospitaliers

Dans le cadre de la réorganisation des services de santé et des services sociaux, communément appelée le virage ambulatoire, des mécanismes d'articulation efficaces pour assurer la continuité des soins et des services pharmaceutiques devront être élaborés à l'intérieur d'entente spécifique.

10.0 RESPECT DE L'ENTENTE EN VIGUER

En aucun temps, ce contrat ne peut aller à l'encontre du contrat de l'entente entre le Ministère sur les Services de santé et les Services sociaux et l'Association des pharmaciens d'établissements de santé du Québec.

11.0 VALIDITÉ DU CONTRAT

Toute modification au présent contrat doit être faite, par écrit, conjointement par les deux parties.

Des modifications aux prix établis par la présente entente, pourraient être apportées sans qu'il y ait lieu de mettre terme au contrat.

EN FOI DE QUOI, les parties à la présente entente ont signé.

Ce...jour de... 19...

Annexe 4

Liste des délégués régionaux de l'A.P.E.S.

Liste des administrateurs par région

DÉLÉGUÉ(E)S RÉGIONAUX
1996-1997

Bas St-Laurent (01)	François Paradis	Tél.: 418-724-8451 Fax : 418-723-3025
Saguenay-Lac-St-Jean (02)	Clément Desbiens	Tél.: 418-541-1036 Fax : 418-541-1127
Québec (03)	Dominique Lambert	Tél.: 418-842-3651 poste : 366 Fax : 418-842-8660
Mauricie-Bois-Francs (04)	André Montcalm	Tél.: 819-758-7511 Fax : 819-758-4852
Estrie (05)	Robert Thiffault	Tél.: 819-822-6725 Fax : 819-822-6798
Montréal-centre (06)	Lysanne Besse	Tél.: 514-281-6165 poste :6247 Fax : 514-281-6198
	Denis Bois	Tél: 514-376-3330 poste : 3190 Fax : 514-376-7450
	Benoit Labelle	Tél.: 514-252-3530 Fax : 514-252-3450
	Linda Vaillant	
Outaouais (07)	Suzanne Lachance	Tél.: 819-561-8288 Fax : 819-595-6090
Abitibi-Témiscamingue (08)	Germain Legault	Tél.: 819-757-4342 Fax : 819-757-4330
Côte Nord (09)	Pierre Lévesque	Tél.: 418-589-0760 Fax : 418-589-7101
Nord-du-Québec (10)	Clément Desbiens	Tél.: 418-541-1036 Fax : 418-541-1127
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (11)	Anne Paré	Tél.: 418-986-2121 poste : 8142 Fax : 418-989-5625

Chaudière-Appalaches (12)	Gilles Lessard	Tél.: 418-338-7716 Fax : 418-335-7616
Laval (13)	Francine Lussier-Labelle	Tél.: 514-975-5503 Fax : 514-975-5354
Lanaudière (14)	Pierre Neault	Tél.: 1-514-759-8222 Fax : 1-514-752-1708
Laurentides (15)	Richard Vallières	Tél.: 1-514-431-8225 Fax : 1-514-431-8280
Montérégie (16)	Pierre Thibault	Tél.: 1-514-746-6075 Fax : 1-514-746-6142

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC 1996-1997

COMITÉ EXÉCUTIF

Marc Parent
Hôpital Saint-François d'Assise
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec)
G1L 3L5
Tél.: (418) 525-4415
Fax : (418) 525-4432
Titre : Président
Région III

France de Villers
Centre hospitalier de Matane
333, rue Thibault
Matane (Québec)
G4W 2W5
Tél.: (418) 562-3135
poste : 2906
Fax : (418) 562-9374
Titre : 1ère Vice-présidente
Région I

Denis Bois
Institut de Cardiologie de Montréal
5000, rue Bélanger Est
Montréal (Québec)
H1T 1C8
Tél.: (514) 376-3330
poste : 3190
Fax : (514) 376-7450
Titre : 2e Vice-président
Région VI

Lysanne Besse
Hôpital Saint-Luc
1058, St-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4
Tél.: (514) 281-6165
Fax : (514) 281-6198
Titre : Secrétaire-trésorier
Région VI

ADMINISTRATEURS

Clément Desbiens
Hôpital de Chicoutimi
305, St-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél.: (418) 541-1036
Fax : (418) 541-1127
Région II

Dominique Lambert
Centre hospitalier Chauveau
29, rue de l'Hôpital
Loretteville (Québec)
G2A 2T7
Tél.: (418) 842-3651
poste : 366
Fax : (418) 842-8660
Région III

Charles Fortier
Hôpital Sainte-Croix
570, rue Hériot
Drummondville (Québec)
J2B 1C1
Tél.: (819) 478-6464
poste : 2125
Fax : (819) 478-6461
Région IV

Visal Uon
Hôpital Charles LeMoyne
121, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec)
J4V 2H1
Tél.: (514) 466-5000
poste : 2639
Fax : (514) 466-5775
Région V

Benoit Labelle
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. l'Assomption
Montréal (Québec)
H1T 2M4
Tél.: (514) 252-3530
Fax : (514) 252-3589
Région VI

Linda Vaillant
Hôpital Royal Victoria
687, Avenue des Pins ouest
Montréal (Québec)
H3A 1A1
Tél.: (514) 842-1231
poste : 4121
Fax : (514) 843-1474
Région VI

Robert Charette
CH-CH (Antoine-Labelle)
(Centre l'Annonciation)
170, rue Principale Nord
L'Annonciation (Québec)
J0T 1T0
Tél.: (819) 275-2118
poste : 447
Fax : (819) 275-2464
Région VII