bulletin d'information
officiel de
APES
l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Février 1980, vol. 13 no 2 Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec

ÉDITORIAL

Le secteur hospitalier, milieu privilégié pour le pharmacien interventionniste

Historique

Il y a vingt ans à peine, une vingtaine de confrères-pionniers donnaient naissance à la pharmacie d'hôpital. Puisqu'il y avait déjà consommation de médicaments avant l'arrivée des pharmaciens dans les hôpitaux, la fonction première du pharmacien consista à distribuer les médicaments prescrits, au moyen d'un système dont le raffinement fut progressif. Les années «60» sont donc marquées par l'engagement de ressources pharmaceutiques dans les divers hôpitaux et la mise sur pied impérative et indispensable d'une distribution sécuritaire des médicaments.

Au-delà de la distribution

La recherche de cette sécurité pour le patient s'appuie sur l'objectif global d'administrer le bon médicament au bon patient dans le bon temps, selon la bonne dose. Le pharmacien constate qu'un système de distribution adéquat permet d'administrer le médicament prescrit au bon patient. Mais cela est nettement insuffisant à assurer une qualité de soins au patient puisque l'expérience du pharmacien lui révèle que le médicament prescrit n'est pas toujours de qualité soit de façon absolue (in se) ou encore de façon relative (par rapport au patient), qu'il est administré à des moments et à des fréquences parfois inadéquates et que l'établissement de la dose laisse à désirer dans un certain nombre de cas.

Le défi

Une barrière apparaît dans le travail du pharmacien d'hôpital et en même temps un défi est à relever. Ou le pharmacien se confine à la distribution et est, à l'occasion, le témoin dispendieux d'erreurs et d'imprécisions, ou encore il intervient de façon objective, progressive et diplomate auprès des professionnels de la santé, en particulier des médecins et du personnel infirmier.

L'influence du pharmacien d'établissement

À ce stade, le pharmacien, pour être efficace, ne peut plus agir seul. Il doit intervenir, influencer, convaincre pour assumer 2 autres fonctions: la sélection des médicaments et le contrôle de leur utilisation. Pour ce faire, il doit développer l'art de la communication, recueillir l'information objective et favoriser sa diffusion. Il s'introduit dans l'équipe de la santé et il effectue son travail de l'intérieur. Pour modifier des comportements, il a recours au comité de pharmacologie et il publie des bulletins d'information pharmaceutique. Au fil des jours, de façon presque imperceptible mais significative, sa présence active dans le milieu lui fait partager sa pharmacovigilance avec le personnel infirmier et chaque médecin devient meilleur prescripteur sur les plans pharmacographique aussi bien que pharmacologique. Il constate également que ses efforts répétés pour offrir parfois difficilement des consultations non sollicitées aux médecins ont finalement été appréciés puisque les médecins lui demandent maintenant des consultations pour le mieux-être de patients particuliers. Les médecins peuvent en retirer des avantages personnels quant à la qualité de leur pratique et finalement en faire profiter d'éventuels patients. Ces relations professionnelles contribuent au même titre à l'amélioration et à la formation continue du pharmacien. En effet, le médecin étant une source importante de connaissance clinique, les communications entre médecin et pharmacien donnent de la profondeur à la formation globale du pharmacien d'établissement et aide au maintien de sa compétence.

L'Établissement: milieu idéal pour la collaboration entre médecins et pharmaciens

Une fois que l'objectif est atteint au niveau hospitalier i.e. le bon médicament pour le bon patient dans le bon temps selon la bonne dose, ce travail de qualité a une portée considérable. En effet, le praticien bien informé qui utilise le bon médicament de façon adéquate ne fait naturellement pas de distinction entre le patient hospitalisé et celui qui ne l'est pas. L'influence positive du pharmacien d'établissement allège la tâche du pharmacien d'officine qui n'a pas à intervenir aussi souvent auprès du médecin pour l'amélioration des traitements médicamenteux. Et cela est souhaitable parce que le pharmacien d'officine est placé dans un contexte qui n'est pas toujours favorable à des interventions:

— À l'exception des cliniques médicales, il ne travaille habituellement pas dans un même milieu que le médecin et ses contacts peuvent être plus exceptionnels que fonctionnels.

— Il est souvent obligé d'intervenir de façon directe, en fonction d'un cas particulier alors que le pharmacien d'établissement peut transmettre ses messages par de multiples moyens comme les bulletins d'information, les réunions du comité de pharmacologie, les inscriptions au dossier sur la feuille d'ordonnance, les rencontres sur les Unités ou dans les corridors ou lors de la pause-café, etc.

— La présence du patient souvent pressé relié à la difficulté d'entrer rapidement en communication avec le médecin ne facilite pas sa tâche.

— La formule d'opinion pharmaceutique a ses mérites et aussi ses limites car elle engendre un échange qui n'est pas toujours propice à une modification rapide; d'autre part, nos confrères de l'officine pourront à l'usage témoigner de l'opportunité de fournir une copie au patient de cet ajustement entre l'acte médical et l'acte pharmaceutique ainsi que de son influence sur la fréquence des interventions.

— Le contexte idéal d'intervention vis-à-vis le médecin est celui où il est possible d'agir avant que l'ordonnance soit rédigée, ce qui facilite l'acceptation des recommandations.

— Le champ de manoeuvres est plus étroit pour un entrepreneur privé que pour un salarié de l'État.

Le travail à la chaîne

Si d'une part le pharmacien d'Établissement opère dans un contexte qui favorise ses activités professionnelles vis-à-vis le médecin, d'autre part le pharmacien d'officine possède une situation privilégiée pour transmettre des informations aux patients. Cependant, celles-ci perdent toute signification si le médicament prescrit ne correspond pas aux véritables besoins du malade. Ainsi, il est vain de conseiller à un patient de prendre ses antibiotiques avant les repas et jusqu'à traitement complet, si dans un milieu donné certains praticiens utilisent les antibiotiques alors qu'ils ne sont pas

indiqués. Les meilleurs résultats des efforts des pharmaciens proviennent donc des endroits où il y a continuité entre l'action du pharmacien d'Établissement et celui du pharmacien d'officine.

L'importance du pharmacien est reliée à l'importance du médicament

De nos jours, l'utilisation des médicaments constitue le moyen thérapeutique le plus en usage pour la majorité des médecins. Dans ce contexte, il faut donc reconnaître l'importance majeure d'une utilisation rationnelle et efficace des médicaments et du rôle indispensable que le pharmacien d'établissement est appelé à jouer par l'emploi de méthodes préventives et correctives reliées au contrôle de l'utilisation des médicaments.

Conclusion

Par son influence et son travail, chaque pharmacien d'établissement doit viser à ce que les médecins de son Centre Hospitalier (ou de son Centre d'accueil ou de son C.L.S.C.) soient les meilleurs prescripteurs. L'atteinte de ce résultat signifierait une amélioration de la pratique médicale et une meilleure santé collective des Québécois. Nul pharmacien d'Établissement ne peut être efficace, s'il n'est interventionniste.

Comme cela est un état de fait dans beaucoup de milieux, c'est avec satisfaction que je signe . . . cette opinion pharmaceutique!

Robert Létourneau, pharm.

AVIS AUX INTÉRESSÉS

Le service de pharmacie de la Cité de la Santé de Laval a préparé 240 cartes de format 4¼" × 5½" intitulées «Informations-Médicaments». Ces cartes sont destinées à être remises au patient à son départ de l'hôpital, ou encore aux patients des cliniques externes. Un soin particulier a été apporté dans la rédaction de ces documents pour utiliser un vocabulaire accessible mais précis.

Vous pouvez obtenir une copie de chacune de ces cartes (plus un index), en faisant parvenir un chèque de $10.00 au soin de:
Service de Pharmacie,
Cité de la Santé de Laval,
1755, boul. René Laennec,
Laval, Qué.
H7M 3L9

S'il vous plaît, veuillez faire un chèque au nom de LA CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL.

La reproduction intégrale des documents est autorisée, mais une mention de la source serait appréciée.

LE CONSEIL VOUS INFORME

MESURES D'ÉCONOMIE

Lors de l'assemblée extraordinaire tenue le 16 novembre 1979, les membres présents acceptaient une augmentation de la cotisation annuelle afin de neutraliser les effets de la hausse constante du coût de la vie sur le budget de l'Association. Ils ont ainsi accepté d'assumer une responsabilité que les membres du Conseil ont bien voulu partager. Par conséquent, lors de la dernière réunion du Conseil d'administration, vos administrateurs ont adopté certaines mesures d'économie soumises par le comité des finances. Ces mesures consistent entre autres à limiter les frais téléphoniques, les frais de l'Exécutif et les frais de fonctionnement des différents comités. De plus, l'annuaire des membres de l'A.P.E.S. sera publié tous les deux (2) ans; par contre, la publication d'un addendum relatif aux modifications vous permettra une mise à jour annuelle. Ces mesures de compression budgétaire nous permettront de mieux équilibrer notre budget sans nuire toutefois au bon fonctionnement des activités de l'Association.

COMITÉ DE FORMATION ET DE PLANIFICATION DES BESOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

À la lecture de l'Éditorial du bulletin de décembre 1979, vous avez sans doute été en mesure de constater l'ampleur du mandat confié à ce comité. Le défi était de taille; **quantifier** les activités professionnelles du pharmacien en vue de rechercher des normes susceptibles de répondre aux besoins en effectifs pharmaceutiques n'est pas chose facile. Après de multiples consultations et analyses, les membres du comité ont pu finaliser un document de base pouvant servir de guide dans le calcul des besoins en effectifs pharmaceutiques. Ce document alimente déjà les discussions en cours au niveau du M.A.S. et de l'université Laval concernant respectivement les effectifs pharmaceutiques et la résidence en pharmacie d'hôpital. Le texte complet de ce travail sera diffusé sous peu auprès de tous les membres de l'A.P.E.S.. Nous espérons qu'il vous sera d'une certaine utilité en vue de motiver une augmentation de vos effectifs. Cependant, n'oubliez pas que seule la qualité de votre pratique de tous les jours peut vous permettre de créer de véritables besoins qu'il devient alors évident de combler.

INVITATION DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

À deux reprises, le docteur André Arseneault, rédacteur en chef de la revue l'Union médicale du Canada, lançait une invitation à tous les pharmaciens de participer au contenu de cette revue. En effet, l'équipe de rédaction de cette revue a décidé d'élargir ses cadres afin de favoriser un meilleur échange entre pharmaciens et médecins. D'ailleurs, vous avez été en mesure de constater le résultat encourageant d'une telle entreprise dans l'édition de décembre 1979. Devant cette ouverture d'esprit, l'A.P.E.S. ne peut s'empêcher de souscrire à une telle initiative et incite fortement ses membres à soumettre des manuscrits pour publication. Il se fait beaucoup de choses dans le domaine de la pharmacie clinique au Québec; cependant, les pharmaciens négligent trop souvent de publier leurs expériences. L'Union médicale du Canada vous offre cette opportunité de manifester votre désir de collaboration avec les autres professionnels de la santé; alors . . .

NÉGOCIATIONS

Vos représentants au sein du Comité de négociation ont rencontré la partie patronale à huit reprises depuis le début des négociations. Le dossier est encore assez chargé et plusieurs clauses normatives font l'objet d'intenses discussions. Notre objectif est de négocier une entente juste et raisonnable pour tous les pharmaciens d'établissements de santé, ce qui n'a certes pas la prétention d'être exceptionnel par rapport aux autres professionnels de la santé négociant en vertu des mêmes lois. Vous nous avez donné un mandat de négociation clair et précis et nous comptons sur votre appui pour l'assumer pleinement. Nous serons en mesure de vous donner un compte rendu complet de ce dossier lors de l'assemblée générale du 6 mars 1980.

BULLETIN D'INFORMATION DE L'A.P.E.S.

Les membres du Comité des communications vous invitent encore une fois à faire part de vos expériences de travail à vos confrères; c'est en partageant qu'on s'enrichit. À cet effet, nous vous avons réservé une chronique bien particulière, soit «Information et développement». N'hésitez pas à transmettre votre texte (soit 4-5 pages dactylographiées) au secrétariat de l'A.P.E.S. Nous remercions, soit dit en passant, monsieur Pierre Ducharme pour sa contribution particulière à cette chronique tout au cours de l'année.

NOUVELLE ADRESSE DE L'A.P.E.S.

N'oubliez pas que toute correspondance doit maintenant nous parvenir à l'adresse suivante:
50, boulevard Crémazie ouest, bureau 505
Montréal (Québec) H2P 2T2
Tél.: (514) 381-7904

Gaétan Dubois,
Secrétaire

Journées pharmaceutiques de l'A.P.E.S.

6 ET 7 MARS 1980
HÔTEL MÉRIDIEN
COMPLEXE DESJARDINS
MONTRÉAL

PROGRAMME

Jeudi, 6 mars:
Journée d'éducation permanente
Thème: L'hypertension

08h30 Inscription. (Grand Salon A)
09h00 La patho-physiologie de l'hypertension. Dr Patrick Vinay.
09h45 Pause-café
10h15 La crise hypertensive. Mme Lise Lamothe-Joly, pharmacienne.
11h00 Traitement de l'hypertension essentielle. M. Jean Bérubé, pharmacien.
12h00 Déjeuner. (Grand Salon B)
13h30 Présentation de cas de malades. 1er groupe: Grand Salon B. 2e groupe: Salon Argenteuil.
19h00 ASSEMBLÉE ORDINAIRE ANNUELLE DES MEMBRES (Grand Salon A)

Vendredi, 7 mars:
Journée pharmaceutique
Thème: La pharmacie: réalisations et possibilités

08h30 Inscription (Grand Salon A)
09h00 Mot de bienvenue du président de l'A.P.E.S. Exposé général du responsable du congrès
09h30 Révision de l'utilisation des médicaments (D.U.R.) Expérience américaine M. Claude Vezeau, Pharm. D., pharmacien
10h00 Révision de l'utilisation des médicaments (D.U.R.) Expérience québécoise M. Jacques Tremblay, Md., M.Sc.
10h30 Période de questions
10h45 Pause-café
11h15 L'information en milieu hospitalier M. Pierre Ducharme, pharmacien.
11h45 Programme de déclaration des réactions adverses Madame Carmen Vézina, pharmacienne
12h15 Période de questions
12h30 Déjeuner libre
13h30 Centre d'information; expérience ontarienne M. William McLean, Pharm. D., pharmacien
14h15 Centre d'information; expérience québécoise M. Lionel Thibault, pharmacien
14h45 Période de questions
15h00 «Poster Session» (Grand Salon C)
18h00 Cocktail (Foyer du Grand Salon C) Remise du prix A.P.E.S.

Nous remercions
Les Laboratoires Pentagone Ltée
et Merck Sharp & Dohme Canada Ltée
de leur collaboration

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

LA MESURE DE VOLUME DE TRAVAIL EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Introduction

Point n'est besoin d'oeuvrer longtemps en pharmacie hospitalière pour se rendre compte que le manque de moyens d'évaluation des activités réelles d'un service de pharmacie constitue une lacune extrêmement régrettable.

Que ce soit, en effet, pour planifier de nouveaux services, pour justifier une augmentation de personnel ou simplement pour comparer l'efficacité de diverses méthodes opérationnelles, on arrive vite à la conclusion que les données traditionnellement mesurées ne rendent pas justice aux modifications qu'a vécu notre profession au cours des dernières années.

Le présent article a pour but de présenter, après un résumé de la situation actuelle et de ses lacunes, un relevé de ce qui se fait dans d'autres domaines connexes, et peut-être également de suggérer des éléments de solution.

La situation actuelle: simplification à outrance

Actuellement, le Ministère des Affaires Sociales reconnaît (réf. Guide Budgétaire 1979-1980) une unité de mesure et deux indicateurs pour le service de pharmacie. L'unité de mesure est le jour-présence (des bénéficiaires, pas des pharmaciens!) et les indicateurs sont:

a) les heures rémunérées par jour-présence;
b) les coûts totaux par jour-présence.

Il demeure évident que si cela suffit sur le plan comptable, sur le plan professionnel et administratif au niveau du service de pharmacie il en va tout autrement. Le jour-présence, sur lequel le pharmacien n'a d'ailleurs aucun contrôle, se révèle souvent peu significatif: d'une part, il ne tient pas compte d'une partie importante des activités du centre hospitalier, puisque les cliniques d'urgence, les cliniques externes, la clinique d'un jour, etc. en sont exclues; d'autre part, il n'a pas toujours la même valeur, puisqu'un jour-présence en soins prolongés ne représente pas le même volume de travail à la pharmacie qu'un jour-présence en médecine chirurgie ou soins intensifs.

Il va dès lors de soi que les deux indicateurs qui sont dérivés de cette unité de mesure fondamentale sont, dès le départ, peu représentatifs des activités du service de pharmacie et peu comparables, si tant est qu'ils le soient, d'un hôpital à l'autre. Ceci, sans parler du fait que ces unités ne tiennent aucun compte du type, de la qualité et de la variété des services offerts.

Pour tenter justement de cerner la valeur des services qu'ils offrent, les pharmaciens ont compilé traditionnellement deux autres données, qui d'ailleurs constituaient autrefois les unités de mesures du Ministère des Affaires Sociales. Ce sont:

— Le nombre d'ordonnances exécutées, une ordonnance étant définie ici comme «un format ou une quantité limitée de médicaments, sous une forme spécifique et d'un dosage précis, délivré par la pharmacie à un malade sur prescription médicale».
— Le nombre de réquisitions, une réquisition étant définie comme «un ou plusieurs formats d'un médicament ou produit pharmaceutique sous une forme spécifique et d'un dosage précis, délivré par la pharmacie à une unité de soins ou service, et destiné au traitement ou pour fins de diagnostics». En termes courants, il s'agit de la médication dite «au commun».

Ces deux mesures[1], déjà un peu plus significatives pour le pharmacien, lui permettent de mesurer, et de comparer, au moins grossièrement, le travail exécuté dans son service. Nous disons «grossièrement», parce qu'elles comportent au moins trois lacunes importantes:

1. Le temps requis pour exécuter une ordonnance varie considérablement, entre autres, selon:
   — Le type de médicament: une préparation d'alimentation parentérale totale ou une ordonnance magistrale requièrent plus de temps qu'une médication orale solide; un stupéfiant exige des contrôles; un liquide doit être mesuré, etc.;
   — la nature de l'ordonnance: un renouvellement d'ordonnance s'effectue en général plus rapidement qu'une nouvelle ordonnance;
   — les techniques employées: l'émission d'une étiquette carte-fiche peut exiger un peu plus de temps qu'un système traditionnel; l'informatisation peut, au contraire, accélérer le fonctionnement des opérations.
2. La façon de comptabiliser les ordonnances n'est pas forcément la même d'un centre hospitalier à l'autre.
3. Enfin et surtout, plusieurs activités du service de pharmacie ne peuvent s'intégrer dans ces mesures, et sont donc complètement ignorées. Soulignons en particulier et de façon non limitative:
   — la constitution, la mise à jour et l'étude du dossier pharmacologique du bénéficiaire;
   — les consultations avec les professionnels de la santé;
   — les entrevues avec les bénéficiaires;
   — les recherches spéciales effectuées pour le compte du service ou suite à une demande extérieure (comité de pharmacologie, médecin, etc.).

---

1. Ces statistiques sont d'ailleurs requises selon le document «Normes des Services de pharmacie dans les Centres hospitaliers».

Bref, sans multiplier inutilement les exemples, il apparaît clairement que nos moyens de mesures ont une fiabilité très limitée; ceci ressort encore plus fortement si on regarde ce qui existe dans d'autres domaines du milieu hospitalier.

L'expérience des autres

Il est intéressant de constater que si d'autres professionnels de la santé rencontrent les mêmes problèmes que le pharmacien, certains, par contre, ont développé des mécanismes qui leur permettent une meilleure mesure de leur niveau d'activités. Dans quelques cas, il s'agit de procédures complexes, dans d'autres, de techniques plus simples. Dans tous les cas cependant, nous pouvons certainement tirer profit de l'expérience des autres.

1. LABORATOIRES

Le principe fondamental de la mesure du travail en laboratoire repose sur la donnée suivante: une unité de travail = une minute de travail.

À chaque analyse correspond donc un nombre standard d'unités, mais, ce qui est très important, déterminé **en fonction de la méthode utilisée.** Par exemple, la même analyse, réalisée manuellement, peut valoir trente (30) unités. Effectuée par une technique automatisée, elle peut ne valoir que dix (10) unités. Dans tous les cas cependant, cela donne une idée précise du volume de travail fourni par le personnel.

La liste des unités de travail est contenue dans un document intitulé «Liste canadienne des valeurs unitaires pour le travail de laboratoire clinique (1978)». Ce texte est publié par Statistiques-Canada. Il va sans dire que ces normes ont été établies par des études de temps et mouvements et sont modifiées selon les développements de la technologie.

2. PHYSIOTHÉRAPIE

Dans ce secteur les normes (valides pour tout le Canada) précisent qu'une unité correspond à cinq (5) minutes de traitement aux bénéficiaires.

Cependant, comme un physiothérapeute peut traiter plus d'un bénéficiaire à la fois, on a introduit un coefficient de pondération qui permet de stabiliser le nombre d'unités. Ce coefficient est mesuré de la façon suivante:

Catégorie	Nombre de patients	Coefficient
1	1	5
2	2-3	2
3	4-5	1
4	6-8	0.66
5	9-12	0.5
6	13-18	0.33
7	19-24	0.25

Par exemple, un physiothérapeute qui traite un patient pendant 5 minutes produit (1 × 5) 5 unités. S'il traite 12 patients pendant le même temps, il produit (12 × 0.5) 6 unités.

Pour être efficace, un physiothérapeute doit produire 43.74 unités par heure rémunérée, ceci tient compte du temps des pause-café, consultations téléphoniques, etc.

3. PSYCHOLOGIE

En psychologie, le système est considéré comme lacunaire par les professionnels de ce domaine. Cependant, il est néanmoins intéressant car il permet de mesurer un type d'activité que nous n'avons pas l'habitude de comptabiliser en pharmacie.

L'unité de base pour le psychologue est l'entrevue, une entrevue étant considérée comme toute intervention clinique avec ou pour un patient. Aucune variable ne permet cependant d'introduire le facteur temps, ni le nombre de sujets concernés en même temps.

Par exemple, une entrevue d'une heure avec un patient ou un appel téléphonique de cinq minutes avec un médecin concernant ce bénéficiaire compte tous deux pour 1 entrevue. De la même façon, compte pour une unité également une rencontre d'une heure avec 10 bénéficiaires à la fois.

Inutile de dire qu'au moment où l'on parle de plus en plus de pharmacie clinique, ce type de compilation des données s'avère extrêmement intéressant.

Des éléments de solution?

Suite à ces brèves considérations, il apparaît clairement:

— qu'il serait souhaitable de mesurer de façon plus précise les activités d'un service de pharmacie, ceci étant pratiquement la seule façon de faire reconnaître les services que nous rendons au milieu hospitalier;
— qu'il existe des précédents dans d'autres domaines où des procédures parfois très sophistiquées ont été établies pour évaluer les activités. Il est donc possible d'en faire autant en pharmacie.

Dans cette optique, le cheminement suivant pourrait être utilisé:

1. détermination d'un certain nombre d'indicateurs sur lesquels devront porter les études;
2. détermination d'une valeur unitaire pour la mesure de l'activité du pharmacien et du personnel de soutien;
3. détermination de la valeur relative de différents types de travaux reliés à la préparation des ordonnances;
4. détermination de la valeur relative d'un certain nombre de travaux cliniques, par exemple:
   — étude du dossier,
   — entrevue de départ,
   — consultation avec un professionnel de la santé,
   — etc.

De plus, il semble qu'une collaboration étroite entre différents organismes impliqués (v.g. Ordre des Pharmaciens, M.A.S., A.P.E.S.) devrait être envisagée. Nous avons cependant un grand pas de fait dans ce domaine. En effet, il y a près de deux ans, l'A.P.E.S. mettait sur pied un comité chargé d'étudier l'évaluation et la planification des besoins en effectifs dans les établissements de santé. Avec les moyens mis à sa disposition et après plusieurs mois d'études et de consultations, ce comité vient de produire un document intéressant sur l'évaluation des activités du pharmacien en établissement de santé. De plus, des échanges avec le M.A.S. à ce sujet sont actuellement en cours.

Conclusion

Cette brève étude n'a pas la prétention, bien sûr, de présenter une vue complète de la question. Cependant, le but visé aura été atteint s'il provoque chez nos confrères une prise de conscience de la nécessité de moderniser, dans ce domaine comme dans d'autres, nos techniques d'administration.

Pierre Ducharme, pharmacien
Chef du Service de Pharmacie
Cité de la Santé de Laval

POT . . . HEIN!

Madame Joanne Bourgeois et monsieur André Comeau ont quitté le Centre de Santé de l'Archipel à Cap-aux-Meules pour exercer désormais leur profession respectivement au C.H. Hôtel-Dieu de Québec et C.H. St-Joseph de Rimouski.

Par contre, monsieur Marcel Turcotte, anciennement du C.H. de Rimouski, a obtenu le poste laissé vacant par le départ de monsieur Jean Thibault du C.H. St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke.

Monsieur Georges Nadon, anciennement au C.H. Général de la Région de l'Amiante, oeuvre maintenant au sein des Forces armées canadiennes à l'hôpital militaire d'Ottawa.

Nouveaux membres

Monsieur Robert Charette s'est joint à l'équipe des pharmaciens du C.H. des Laurentides à l'Annonciation.

Monsieur Dominique Lambert pratique avec les confrères du Centre de Santé de l'Archipel à Cap-aux-Meules.

Madame Marie-Andrée Pilon exerce à temps partiel au C.H. Maisonneuve-Rosemont et fournit aussi ses services au Centre d'accueil Le Gardeur de Repentigny.

Ce bulletin est l'organe officiel de l'A.P.E.S., 50 ouest, boul. Crémazie, bureau 505, Montréal, Qué., H2P 2T2. Toute correspondance doit parvenir à cette adresse au soin du Comité des communications.