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

Mars 1980, vol. 13, no 3

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

NOTE DE LA RÉDACTION

Nous vous présentons dans ce numéro le texte intégral du document en titre préparé par le Comité de formation et planification des besoins en effectifs pharmaceutiques et déposé au Comité ministériel chargé de l'étude de ce dossier. Nous espérons que ce document puisse vous servir d'élément de base dans la planification de vos effectifs.

LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ÉVALUATION DES BESOINS ET PLANIFICATION

DÉCEMBRE 1979

Bulletin spécial

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.

AVANT-PROPOS

L'Association est heureuse de vous présenter ce document sur l'évaluation et la planification des besoins en établissements de santé. C'est un sujet qui lui tenait à coeur depuis longtemps et il était devenu urgent de répondre aux interrogations que se posaient divers organismes à ce sujet.

Ce document n'a pas la prétention de constituer un point final sur le sujet mais se veut une nouvelle approche réaliste et dynamique de l'évaluation des tâches du pharmacien à l'aube de cette nouvelle décennie.

Le Président.

LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Établissement: Un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de services sociaux ou un centre d'accueil.
(L.Q. 1971 ch. 48 Art. 1a)

Centre hospitalier: Une installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse et d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves.
(L.Q. 1971 ch. 48 Art. 1h)
Sont établies 2 classes de centres hospitaliers selon la durée des soins:

a) Les centres hospitaliers de soins de courte durée (. . .)
b) Les centres hospitaliers de soins prolongés (. . .)
(Règlements Art. 2.3.1)

Centres d'accueil: Une installation où on accueille pour les loger, entretenir, garder sous observation, traiter ou réadapter, des personnes qui, en raison de leur âge ou déficiences physiques, caractérielles, psychosociales ou familiales, doivent être soignées ou gardées en résidence protégée ou, s'il y a lieu, en cure fermée (. . .)
(L.Q. 1971 ch. 48 Art. 1j)

Bénéficiaire: Toute personne recevant des services de santé ou des services sociaux d'un établissement est considérée comme bénéficiaire de services au sens du présent règlement.
(L.Q. 1971 ch. 48 Règlements Art. 3.1.1)

Ordonnance: Une autorisation de fournir des médicaments ou des poisons, donnée par une personne autorisée à prescrire des médicaments ou des poisons par une loi du Québec.
(Loi 255 Art. 1j)

Feuilles d'ordonnance: Une ordonnance prescrite à une personne admise ou inscrite dans un établissement doit être faite par écrit, datée et signée par un médecin ou un chirurgien dentiste sur une feuille d'ordonnance et doit être versée au dossier de la personne.
(L.Q. 1971 ch. 48 Règlement Art. 3.6.1)

Dossier pharmacologique: Profil thérapeutique de la médication ou toute autre information pertinente.
(Normes Janv. 74)

Abréviations

Centre hospitalier: C.H.
Centre hospitalier de soins prolongés: C.H.S.P.
Centre d'accueil: C.A.
Bénéficiaire: bénéf.
Ordonnance: ordon.
Semaine: sem.
Heure: h.

INTRODUCTION

Dans le rapport final de l'O.S.S. «Planification sectorielle de l'enseignement supérieur», avril 1976, il est dit:

> «Au plan des données quantitatives relatives au nombre de professionnels . . ., il existe d'une part, une pénurie de pharmaciens licenciés au niveau des établissements de santé . . .»

Cette affirmation, qui par surcroît est basée sur une norme périmée* et ne tient pas compte entièrement de l'évolution rapide et récente de la pratique de la pharmacie, démontre qu'il est urgent de planifier les ressources nécessaires pour assurer des services adéquats dans tous les établissements de santé.

Depuis le début des années 70, la pratique de la pharmacie en milieu hospitalier a été considérablement modifiée et ce, tant par les nouvelles lois[1, 2] et normes[3] en vigueur que par la formation même des pharmaciens qui s'orientent vers ce secteur. En effet, les activités du pharmacien ayant été pendant plusieurs années concentrées sur le contrôle de la distribution des médicaments évoluent très rapidement vers une pratique basée sur le contrôle de l'utilisation.

On doit donc tenir compte de cette évolution lorsqu'il s'agit d'évaluer les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins «pharmaceutiques» du réseau.

ÉVALUATION DES BESOINS

Afin d'évaluer judicieusement les besoins en services pharmaceutiques dans les établissements de santé, il convient de revoir les fonctions du pharmacien, telles que définies par le législateur, pour ensuite déterminer les facteurs à considérer dans le calcul des ressources nécessaires.

I) Fonctions du pharmacien

Elles ont été établies selon la loi sur la pharmacie et la loi sur les services de santé et services sociaux.

Loi sur la pharmacie (loi 255, art. 17)

«Constitue l'exercice de la pharmacie tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison. L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments ou des poisons sur l'ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier».

Loi sur les services de santé et les services sociaux (règlement art. 4.4.9)

«Le chef du service de pharmacie:

a) assume la responsabilité de la préparation et de la distribution des ordonnances ainsi que du contrôle de l'utilisation de tous les médicaments, drogues et poisons;
b) assume la responsabilité de la sélection des médicaments et de la rédaction des réquisitions de médicaments lesquels, sous réserve des second et troisième alinéas de l'article 3.6.2, doivent apparaître sur la liste approuvée par le lieutenant-gouverneur en conseil conformément à l'article 3a de la Loi de l'assurance-maladie; et

* Norme officieuse du M.A.S. qui a cours depuis 1961 environ et qui établit les ressources nécessaires à 1 pharmacien par 100 lits pour les C.H. de soins de courte durée et à 1 pharmacien par 250 lits pour les C.H.S.P.

c) prépare, après consultation du comité de pharmacologie, un formulaire à même la liste mentionnée au paragraphe b, pour utilisation courante dans le centre hospitalier».

À ces responsabilités professionnelles et administratives se greffe l'application des normes du service de pharmacie dans les centres hospitaliers et les centres d'accueil.

Tenant compte des lois, règlements et normes existant, il nous faut déterminer les facteurs qui nous permettront d'évaluer objectivement les besoins du réseau. Alors seulement, nous pourrons juger de la situation actuelle et planifier pour l'avenir.

II) Facteurs d'évaluation des ressources minimales nécessaires

A) Dans les centres hospitaliers de soins de courte durée

Les activités du pharmacien sont, pour la majorité, reliées:
— Au contrôle de l'utilisation des médicaments
— Au contrôle de la préparation et de la distribution des ordonnances.

Les deux étalons de mesure utilisés afin de comptabiliser les activités du pharmacien sont:
— Le nombre de bénéficiaires hospitalisés
— Le nombre d'ordonnances.

1. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN POUR LE CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

1.1 Évaluation des tâches du pharmacien en regard des bénéficiaires (monitoring pharmacologique)

1.1.1. Histoire médicamenteuse à l'arrivée

L'utilisation de médicaments par un bénéficiaire, antérieurement à son hospitalisation, est un élément de base important pour fins de monitoring pharmacologique. L'étude des données recueillies auprès du patient permet dans certains cas de réduire la durée d'hospitalisation en identifiant certains problèmes tels: les effets nocifs dus aux médicaments, les interactions médicament-médicament ou l'inobservance de l'ordonnance médicamenteuse.

Il incombe au pharmacien de s'assurer que l'information pertinente soit disponible au dossier du bénéficiaire.

Bien qu'il aurait avantage à intervenir auprès de chaque bénéficiaire, ne serait-ce qu'à titre préventif, le pharmacien doit se limiter, faute de temps, aux cas qui lui apparaissent les plus impérieux tels les bénéficiaires utilisant plusieurs médicaments avant l'hospitalisation ou lorsqu'il redoute qu'une réaction indésirable ou toxique est à l'origine de l'hospitalisation.

Ce qui représente actuellement une intervention dans au moins **20% des cas.**

Selon des études[4, 5] et l'expérience clinique, on a fixé à **15 minutes** (0.25h.) le temps nécessaire au pharmacien pour recueillir l'information et la consigner au dossier du bénéficiaire.

1.1.2 Tamisage («Screening») de profils médicamenteux et intervention rapide

Ce tamisage permet d'identifier les bénéficiaires à risque, i.e. ceux qui sont les plus susceptibles de présenter des problèmes reliés à leur médication.

Le tamisage doit s'effectuer pour tout bénéficiaire, soit à l'aide du dossier pharmacologique tenu à la pharmacie, soit à partir de la feuille d'ordonnance pharmaceutique. Peu importe le nombre ou la catégorie de médicaments que le bénéficiaire consomme ou la sévérité de sa maladie, il sera fait dans **100% des cas.**

Selon l'expérience clinique le temps nécessaire pour effectuer cette tâche est de **40 secondes,** (0.011h.) pour chaque ordonnance.

1.1.3 Étude pharmacologique de dossiers de bénéficiaires à risque

Certains critères identifiés lors du tamisage de profils médicamenteux peuvent justifier, chez **20% des bénéficiaires,** l'étude pharmacologique approfondie d'éléments tels:
— Le choix du médicament en regard de la pathologie et des antécédents.
— Le dosage et la posologie en regard des données cliniques.
— Les effets secondaires et les effets toxiques.
— Les interactions médicament-médicament et médicament-aliment.
— Le moment optimal d'administration.

Le temps nécessaire à ces activités selon l'expérience clinique est de **1.5 heure** par dossier.

1.1.4 Discussion de cas et intervention auprès des professionnels de la santé

Cette démarche s'avère nécessaire chez **10% des bénéficiaires** lorsque l'étude d'un dossier révèle certains points d'intérêt tels:
— Une modification souhaitable de la dose d'un médicament.
— La détection d'une réaction toxique, etc.

Le temps nécessaire selon l'expérience clinique est de **10 minutes** (0.17h.) par intervention.

1.1.5 Information aux bénéficiaires

1.1.5.1 Auto-médication dirigée

Elle s'adresse aux bénéficiaires qui requièrent une thérapie prolongée tels les diabétiques, les hypertendus, les insuffisants cardiaques ce qui représente environ **10% des bénéficiaires.**

Elle peut être de deux types:
— Information personnalisée qui a pour but l'apprentissage de la façon la plus adéquate de prendre les médicaments prescrits.
— Information de groupe: qui s'adresse à un groupe cible tels les diabétiques et pour qui est prévu un programme commun d'informations générales sur (par exemple) l'utilisation et la conservation de l'insuline, la teneur en calories des médicaments d'usage courant, etc.

Le temps nécessaire à ces activités selon l'expérience clinique est de **30 minutes (0.5h.)** par bénéficiaire.

1.1.5.2 Conseils au départ

Le pharmacien doit s'assurer de la compréhension par le patient du but, de l'horaire et du mode d'utilisation de sa médication ainsi que des effets toxiques et des interactions susceptibles de se présenter en cours de traitement.

Ce service s'adresse pour le moment plus particulièrement aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique et à ceux

qui auront à utiliser plusieurs médicaments: ce qui représente environ **60% des bénéficiaires.**

Cependant, notre objectif vise, à moyen terme, une intervention auprès de 100% des bénéficiaires, cette intervention nous permettant dans plusieurs cas de dispenser une éducation préventive sur l'utilisation des médicaments.

Le temps requis pour ces activités est très variable selon les études[4, 5, 7] mais pour être réaliste il faut calculer environ **12 minutes** (0.2h.) pour un bénéficiaire tenant compte des déplacements et du temps nécessaire pour se procurer l'information.

1.2 Évaluation des tâches du pharmacien en regard des professionnels de la santé

Médecins, résidents, internes et externes en médecine, résidents et stagiaires en pharmacie, infirmières, diététistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmiers, etc.

Le pharmacien doit collaborer à des activités d'enseignement, d'information et de recherche.

1.2.1 Bloc actif

1. Maintien d'un centre de documentation pharmaceutique servant de support aux activités ci-haut mentionnées;
2. publication de bulletins périodiques d'information pharmaceutique;
3. réponse aux demandes d'information des autres professionnels;
4. mise à jour de thérapies médicamenteuses, telles: l'administration intra-veineuse de médicaments et l'aérosol-thérapie, etc.
5. activités de recherche rétrospectives et prospectives, études cliniques de l'utilisation des médicaments, (Drug Utilisation Review), profils de consommation, etc.

   Quelle que soit la dimension du C.H. les activités 1 à 5 sont en majeure partie incompressibles et selon l'expérience clinique elles nécessitent **un pharmacien** par C.H.
6. rédaction de cours à l'intention des autres professionnels de l'établissement et préparation d'exposés à l'intention des pharmaciens lors de journées de formation continue ou de congrès.

   Ces activités nécessitent selon notre expérience **3 heures par semaine/C.H. ou 156 heures par année/C.H.**
7. participation aux clubs de lecture et aux comités dont les principaux sont:

— le Comité de pharmacologie: qui est un comité obligatoire dans chaque C.H. et dont le chef du service de pharmacie fait partie ex-officio.
(Chap. 48, Règlement Art. 5.3.2.31 et 5.3.2.32)

— le Comité de prévention des infections:
qui n'a pas le caractère obligatoire du précédent mais dont la nécessité ne fait pas de doute.

— le Comité d'alimentation parentérale et entérale: dans les C.H. où les services sont offerts, ils seront comptabilisés à la section autres facteurs augmentant les ressources minimales nécessaires.

— le Comité des soins infirmiers

— le Comité de déontologie

— etc.

Selon l'expérience on a évalué, qu'en moyenne dans un C.H. cette participation occupe **2.5 heures/semaine** ou **130 heures par année/C.H.** tenant compte qu'une partie du travail nécessaire à la préparation des comités peut se trouver déjà prête suite aux activités 1 à 5.

1.2.2 Bloc passif

Formation continue.

Afin de parfaire ses connaissances, il est normal que chaque pharmacien consacre un minimum de **10 jours** (70h.) par année en assistant à des conférences intra et extra-murales, séminaires, colloques et congrès.

2. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN POUR LE CONTRÔLE DE LA PRÉPARATION ET DE LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

2.1 Le volume du travail

Au cours des dernières années, le travail occasionné par le contrôle de la préparation et de la distribution des ordonnances a considérablement augmenté. Cette augmentation est, en grande partie, attribuable aux facteurs suivants:

— la mise en application du règlement 3.6.4 concernant les arrêts automatiques et la durée maximale de validité des ordonnances. Il en a résulté une augmentation significative du nombre d'ordonnances;

— la rédaction de l'étiquette carte-fiche pour toute ordonnance;[3]

— la tenue d'un dossier pharmacologique pour chaque bénéficiaire;[3]

— le nombre toujours grandissant de médicaments administrés par voie intra-veineuse, lesquels exigent une attention spéciale et souvent occasionnent un surcroît de travail; par exemple:
- mode de dilution des produits commercialisés;
- stabilité après dilution;
- préparation sous hotte à flot laminaire;
- contrôle de stabilité et stérilité.

— la diminution de la durée moyenne d'hospitalisation qui contribue également à augmenter le travail.

2.2 Vérification de l'ordonnance

Comprend la vérification de l'étiquette et de son contenu pour chaque ordonnance pharmaceutique.

Pour les médicaments en réserve sur les unités de soins: seule la carte-fiche est acheminée et la vérification des réserves (étiquetage des contenants, date de péremption etc.) est faite de façon périodique.

Les préparations magistrales: le temps nécessaire pour établir des protocoles, contrôler la préparation et la qualité du produit n'est pas comptabilisé ci-dessous étant très variable d'un centre hospitalier à un autre; le chapitre des facteurs augmentant les ressources minimales nécessaires en traitera.

Selon l'expérience des pharmaciens la vérification prendrait **50 secondes (0.014h.)** par ordonnance.

L'importance restreinte en terme de secondes allouées par ordonnance vérifiée implique la collaboration d'un personnel de soutien adéquat (commis, assistant-technique) ce qui n'est pas le cas présentement.

Il serait important d'accroître le ratio personnel technique/pharmacien ainsi que la qualité de la formation de ce personnel.

3. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN EN REGARD DES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES

3.1 Contrôle des registres[1] (narcotiques et drogues contrôlées, alcool et poisons)

3.2 Participation à l'élaboration des politiques du service de pharmacie

— formation du personnel de soutien;
— système de distribution des médicaments d'urgence en dehors des heures d'ouverture;
— moment optimal d'administration des médicaments;
— politique budgétaire;
— participation aux comités à composante administrative;
— etc . . .

3.3 Mise sur pied et maintien d'un formulaire thérapeutique,[1] et détermination des critères pour la sélection des médicaments

3.4 Responsable de l'application des lois et règlements provinciaux et fédéraux[8]

3.5 Aménagement adéquat des locaux[7] ainsi que l'organisation d'un système de sécurité pour le service[8]

3.6 Préparation des rapports périodiques[8]

3.7 Développement et maintien d'un système d'inventaire des médicaments[8]

3.8 Sélection et évaluation de la performance du personnel de la pharmacie[8]

3.9 Supervision de la préparation des horaires de travail du personnel de la pharmacie[8], etc.

Parmi ces tâches certaines requièrent une expertise professionnelle telle, établir et maintenir à jour un formulaire thérapeutique, la responsabilité du contrôle des registres narcotiques et drogues contrôlées, alcool et poisons . . . tandis que d'autres tâches sont purement administratives telles la participation aux politiques budgétaires, préparer les horaires de travail . . .

Mais toutes ces tâches sont présentement accomplies dans les C.H. par des pharmaciens. Pour celles demandant une expérience professionnelle c'est le chef de service qui en assume la responsabilité et qui les délègue à ses confrères le cas échéant. Quant à celles purement administratives le pharmacien s'en déchargerait volontiers.

Depuis toujours, ces tâches forment un groupe d'activités plus ou moins homogène qu'il est difficile pour le moment de quantifier séparément.

Selon l'importance du centre hospitalier il faudra entre 15 à 30¼ heures pour accomplir ces tâches administratives. Et compte tenu qu'il y a un plus grand nombre de centre de petite dimension dans la province, la moyenne est fixée à **20 heures par semaine/C.H. ou 1.040 heures par année/C.H.**

Résumé de la pondération accordée aux différentes activités du pharmacien en C.H. de soins de courte durée

1.	Histoire médicamenteuse:	0,25h × 20% bénéf.
2.	Tamisage:	0,011h./ordon. médic.
3.	Étude pharmacologique de dossier:	1,5h. × 20% bénéf.
4.	Discussion de cas:	0,17h. × 10% bénéf.
5.	Auto-médication dirigée:	0,5h. × 10% bénéf.
6.	Conseils au départ:	0,2h. × 60% bénéf.
7.	Activités d'enseignement, d'information et de recherche. (no. 1 à 5):	1575h.* par année/C.H.
8.	Rédaction de cours (numéro 6):	156h. par année/C.H.
9.	Participation aux comités (numéro 7):	130h. par année/C.H.
10.	Vérification de l'ordonnance:	0,014h./ordon.
11.	Activités administratives:	1040h. par année/C.H.
12.	Formation continue:	70h. par année/pharmacien
	$\frac{70. \times 100:}{1575h.}$ =	4,44% des heures allouées (% du temps consacré à la formation continue)

B) Dans les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.)

La pondération des différentes activités du pharmacien sera dans l'ensemble semblable à celle des C.H. de soins de courte durée bien que certains services non pertinents seront soustraits tandis que d'autres seront ajustés en fonction de la vocation de ce type d'établissement.

1. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN POUR LE CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

1.1 Évaluation des tâches du pharmacien en regard des bénéficiaires (monitoring pharmacologique)

1.1.1 Histoire médicamenteuse à l'arrivée

Contrairement aux centres hospitaliers de soins de courte durée, le nombre d'admission pendant un an est très limité. Par conséquent, cette tâche ne représente pas une charge additionnelle qui mérite d'être comptabilisée de façon pratique.

1.1.2 Tamisage («Screening») de profils médicamenteux et intervention rapide

Idem C.H. de soins de courte durée.

1.1.3 Étude pharmacologique de dossiers de bénéficiaires à risque

Si 20% des dossiers des bénéficiaires dans les C.H. de soins aigus ont besoin d'une étude pharmacologique de dossier, il n'en va pas de même pour les bénéficiaires des C.H.S.P. qui restent hospitalisés souvent pendant plusieurs années. Donc, il n'est pas superflu qu'au moins une fois l'an, le pharmacien révise et étudie la médication de **chaque** bénéficiaire.

1.1.4 Discussion de cas et intervention auprès de l'équipe des professionnels de la santé

Idem C.H. de soins de courte durée.

* Heures travaillées par année/pharmacien: 35h./sem × 45 sem./année: 1575h./année.

1.1.5 Information aux bénéficiaires

Contrairement aux C.H. de soins de courte durée, la plupart des bénéficiaires ne quittent leur C.H. que pour un transfert dans un autre établissement ou lors du décès.

La quantité de travail nécessaire pour les autres bénéficiaires reste négligeable.

1.2 Évaluation des tâches du pharmacien en regard des professionnels de la santé

Les C.H.S.P. ont un nombre de professionnels de la santé beaucoup moins important que dans les centres de courte durée. L'état «chronique» des bénéficiaires ne requièrent pas une surveillance aussi étroite de leur pathologie.

1.2.1 Bloc actif

1. une élaboration plus limitée du centre de documentation;
2. les publications de bulletins périodiques d'informations pharmaceutiques restent inchangées;
3. une diminution des demandes d'information des autres professionnels;
4. un volume diminué de mise à jour des thérapies médicamenteuses;
5. les activités de recherches restant sensiblement les mêmes;

Par conséquent, pour cumuler les fonctions 1 à 5, il faudra:

½ pharmacien/C.H.S.P.

6. rédaction de cours:
   Idem C.H. de soins de courte durée;
7. participation aux clubs de lecture et aux comités:
   Idem C.H. de soins de courte durée.

1.2.2 Bloc passif

— Formation continue:
Idem C.H. de soins de courte durée.

2. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN POUR LE CONTRÔLE DE LA PRÉPARATION ET DE LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Idem C.H. de soins de courte durée.

3. ÉVALUATION DES TÂCHES DU PHARMACIEN EN REGARD DES ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES

La majorité de ces centres étant de dimension modeste la moyenne retenue est de **10h./sem.** au lieu de 20 heures comme pour les centres de soins de courte durée.

Résumé de la pondération accordée aux différentes activités du pharmacien en C.H.S.P.

1.	Tamisage:	0,011h./ordon. méd.
2.	Étude pharmacologique de dossier:	1,5h./bénéf.
3.	Discussion de cas:	0,17h. × 10% bénéf.
4.	Activités d'enseignement, d'information et de recherche (no 1 à 5): ½ pharmacien/C.H.S.P.	788h./année/C.H.S.P.
5.	Rédaction de cours: 3h./sem./C.H.S.P.	156h./année/C.H.S.P.
6.	Participation aux comités:	2,5h./sem./C.H.S.P. ou 30h./année/C.H.S.P.
7.	Vérification de l'ordonnance:	0,014h./ordon. médic.
8.	Activités administratives: 10h./sem./C.H.S.P.	520h./année/C.H.S.P.
9.	Formation continue:	4,44% des hres allouées.

C) Dans les centres d'accueil (C.A.)

La venue des pharmaciens en centre d'accueil est relativement récente et nous nous en tiendrons à la norme suggérée par le groupe de travail constitué par le ministre des Affaires sociales, concernant les services pharmaceutiques dans les centres d'accueil d'hébergement (novembre 1976).

Il est évident que cette norme de 0.05h./bénéficiaire/semaine est minimale et constitue un point de départ pour la dispensation des services pharmaceutiques en C.A.

Elle n'est pas réaliste pour l'implantation des services: en effet, on doit rédiger un dossier pharmacologique pour chaque bénéficiaire, recueillir plusieurs renseignements (âge, poids, pathologie, allergie, etc.) pour le compléter et en faire l'étude, élaborer un système pour la sélection et l'achat des médicaments de l'établissement, etc.

Ce chiffre est d'autant plus conservateur qu'il ne tient pas compte de la situation géographique des C.A.

III) Autres facteurs augmentant les ressources minimales nécessaires dans les C.H.

Il y a des tâches pour lesquelles il nous a été impossible d'établir une moyenne provinciale; les services étant de nature trop variable ou de caractère particulier à l'établissement. Les C.H. concernés par un ou plusieurs de ces services doivent évaluer l'augmentation du travail du pharmacien et faire appel à des effectifs pharmaceutiques supplémentaires.

1. Services aux bénéficiaires ambulants

— Clinique d'oncologie;
— clinique de fibrose kystique;
— clinique de glaucome;
— clinique de maladie psychiatrique;
— clinique de tuberculose;
— clinique de diabète insipide;
— clinique d'hyperlipoprotéinémie primaire;
— médicaments servis dans le cadre des services à domicile;
— médicaments servis (produits biologiques surtout) à la santé publique et participation aux programmes de prévention des départements de santé communautaire;
— alimentation parentérale à domicile;
— hémodialyse à domicile;
— etc.

2. Services aux bénéficiaires hospitalisés

— Système de distribution unidose;
— système centralisé d'additifs aux solutés;
— l'alimentation parentérale et le fonctionnement de son comité;
— unités spécialisées:
  - néo-natale
  - hémodialyse
  - soins intensifs
  - chirurgicaux
  - etc.

— supervision de préparations magistrales.
Certains C.H. doivent fournir un volume non négligeable de médicaments dont il n'existe pas d'équivalence sur le marché. Il faut donc superviser les modes de préparation et s'assurer de la qualité du produit, de sa stabilité et de sa stérilité s'il y a lieu.

Cette liste d'activités n'est pas limitative et n'a pour but que d'énumérer les cas les plus patents où des ressources additionnelles doivent être ajoutées.

3. Extension des heures de service

L'accessibilité aux services pharmaceutiques est une composante importante au niveau de la qualité des services offerts. Le pharmacien a la responsabilité d'assurer l'accessibilité aux services pharmaceutiques 24 heures par jour.

La dispensation de services pharmaceutiques en soirée et de nuit entraîne habituellement un accroissement des besoins en pharmaciens, particulièrement au niveau des C.H. de moyenne ou de petite dimension.

PLANIFICATION DES BESOINS DU QUÉBEC

A) Nombre minimal de pharmaciens requis pour l'ensemble des C.H. de soins de courte durée

1. Statistiques du réseau des Affaires sociales pour l'année 1976-77 dans les centres hospitaliers de soins de courte durée

— nombre de bénéficiaires hospitalisés:	793,823
— nombre de jours d'hospitalisation:	8,246,337
— nombre de centres hospitaliers de soins de courte durée:	150

2. Le nombre d'ordonnances

Selon des études faites par notre Association, chaque bénéficiaire hospitalisé reçoit en moyenne 4 médicaments par jour et compte tenu de la période de validité d'une ordonnance, il en résulte une moyenne de 1 prescription par jour/bénéficiaire.

Soit par année:	8,246,337

3. Calcul du nombre de pharmaciens

1. Histoire médicamenteuse: 0,25h. (20% × 793,823 bénéf.):	39,691h.
2. Tamisage: 0,011h./ordon. × 8,246,337 ordon.):	90,709
3. Étude pharmacologique: 1,5h. (20% × 793,823 bénéf.):	238,147
4. Discussion de cas: 0,17h. (10% × 793,823 bénéf.):	13,494
5. Auto-médication: 0,5h. (10% × 793,823 bénéf.):	39,691
6. Conseils au départ: 0,2h. (60% × 793,823 bénéf.):	95,258
7. Activités d'enseignements, d'information et de recherche (numéros 1 à 5): 1575h./C.H. × 150 C.H.:	236,250
8. Rédaction de cours: 156h./C.H. × 150 C.H.;	23,400
9. Participation aux comités: 130h./C.H. × 150 C.H.:	19,500
10. Vérification de l'ordonnance: 0,014h./ordon. × 8,246,337 ordon.	115,449
11. Activités administratives: 1040h./C.H. × 150 C.H.	156,000
Sous-total:	**1,067,589h.**
12. Formation continue: 1,067,589 × 4,44%	47,400
Heures-pharmacien requises/année **Total:**	**1,144,989**
Nombre de pharmaciens requis: 1,114,989h. / 1575h./pharmacien	**708 pharmaciens**

B) Nombre minimal de pharmaciens requis pour l'ensemble des C.H.S.P.

1. Statistiques du réseau des Affaires sociales pour l'année 1976-77

— nombre de bénéficiaires hospitalisés en 1976/77 15,792 (public) + 4,783 (privé):	20,575
— nombre de lits dressés: 9,322 (public) + 2,292 (privé):	11,614
— nombre de lits occupés par année:	
9,322 × 93,7% (% occup.):	8,735
2,292 × 98,9% (% occup.):	2,269
Total	**11,004**
nombre de centres: 51 (public) + 37 (privé):	88

2. Le nombre d'ordonnances

— On a estimé à 4 le nombre de médicaments que reçoit chaque patient/jour	
— La durée de validité d'une ordonnance étant de 30 jours.	
— Le nombre d'ordonnances par lit occupé/période de 12 mois est donc de 4 × 12:	48
— Le nombre d'ordonnances/année: 11,004 × 48: 528,192	

3. Calcul du nombre de pharmaciens

— Tamisage: 0,011h. × 528,192:	5,810h.
— Étude pharmacologique: 1,5h. × 20,575:	30,863h.
— Discussion de cas: 0,17h. (10%) × 20,575:	349h.
— Activités d'enseignement, d'information et de recherche (numéros 1 à 5): 788h. × 88 C.H.S.P.:	69,344h.
— Rédaction de cours: 156h. × 88 C.H.S.P.:	13,728h.
— Participation aux comités: 130h. × 88 C.H.S.P.:	11,440h.
— Vérification de l'ordonnance: 0,014h. × 528,192 ordon.:	7,395h.
— Activités administratives: 520h. × 88:	45,760h.
Sous-total:	**184,689h.**
— Formation continue: 4,44% des heures allouées: 184,689 × 4,44%:	8,200h.
Heures-pharmacien requises/année **Total:**	**192,889h.**
Nombre de pharmaciens requis: 192,889h. / 1575h./pharmacien	**122 pharmaciens**

C) Nombre minimal de pharmaciens requis pour l'ensemble des C.A.

1. Statistiques

L'Association des centres d'accueil du Québec estime à environ 18,000 le nombre de bénéficiaires dans les centres d'hébergement publics et il y a approximativement 10,000 bénéficiaires dans les centres privés.

Normes du M.A.S. (nov. 1976)

0,05 heure/bénéficiaire

2. Calcul du nombre de pharmaciens

$$\frac{28{,}000 \times 0{,}05 \times 52 \text{ semaines:}}{1{,}575\text{h./pharmacien}} \quad \textbf{46 pharmaciens}$$

Si l'on tient compte des dernières statistiques sur le vieillissement de la population et l'augmentation de la longévité, ces besoins seront largement dépassés dans les années à venir.

D) Facteurs à considérer pour la planification

1. Le nombre de postes à combler

— Dans les C.H.

Selon l'évaluation faite dans les pages précédentes, il faudrait:

830 pharmaciens pour desservir les C.H. du Québec

soit 708 pharmaciens pour les C.H. de soins de courte durée

et 122 pharmaciens pour les C.H.S.P.

Or, selon les statistiques M.A.S. (1979), il y a 438 pharmaciens oeuvrant en centre hospitalier. Il faudrait donc injecter dans le réseau 392 pharmaciens de plus afin de couvrir les besoins **minimaux** dans les centres hospitaliers du Québec. Ces nouveaux effectifs serviraient soit à assurer les services là où ils sont encore inexistants soit pour combler les déficiences plus ou moins importantes des autres.

— Dans les C.A.

Quant aux centres d'accueil, la majorité des pharmaciens y oeuvrent à temps partiel et même s'il n'est pas possible pour le moment d'en évaluer l'équivalence en nombre à temps complet, on peut affirmer que plusieurs établissements n'offrent pas encore de services pharmaceutiques adéquats.

— Extension des heures de service

De plus, ce nombre de postes à combler ne tient pas compte du nombre de pharmaciens requis pour assurer les services particuliers dans chaque établissement ainsi que pour couvrir les heures additionnelles d'ouverture des services.

— Les départs annuels

Il faut, en plus de remédier à la pénurie existante, prévoir la relève de ceux qui quittent le milieu: décès, retraite, changement de carrière, etc.
Depuis 1971, il y a eu environ 15 départs annuellement. Nous croyons que cette moyenne peut être conservée pour évaluer les effectifs à remplacer chaque année.

— Le nombre de personnel de soutien

Toutes les tâches ne requerrant pas un jugement professionnel (inscription des médicaments au dossier pharmacologique, rédaction d'étiquette carte-fiche . . .) ont été déléguées au personnel de soutien; mais en pratique, dans plusieurs établissements, ces tâches sont effectuées en partie par des pharmaciens à cause du manque de personnel technique. Il en résulte que même si le nombre de pharmaciens est adéquat dans un établissement les tâches décrites ne peuvent être acquittées qu'à la condition d'un support technique suffisant.

2. Période requise pour corriger la situation

Il est bien certain que cette situation ne peut être corrigée immédiatement. Cependant, il est urgent de mettre tout en oeuvre pour y remédier dans un délai raisonnable.

Compte tenu des restrictions budgétaires que nous vivons, il faudrait injecter dans les établissements de santé 50 pharmaciens par année; en récupérant d'une part les effectifs déjà formés et d'autre part en formant environ 30 pharmaciens d'établissements par année dans les Universités au prorata des étudiants inscrits en quatrième année à l'Université Laval et l'Université de Montréal.

CONCLUSION

Pour établir les besoins en effectifs pharmaceutiques, il serait irréaliste dans le contexte actuel de se baser sur le critère statistique du nombre de lits par établissement qui ne reflète qu'une partie des besoins du milieu; alors que le facteur déterminant à considérer est le nombre de bénéficiaires hospitalisés en fonction des services rendus.

Et compte tenu de l'évolution de la pratique de la pharmacie, facteur difficilement prévisible, il est probable que ces besoins soient à évaluer de nouveau dans quelques années.

Enfin, s'il revient à l'A.P.E.S. de faire la démonstration des besoins par rapport à la situation qui prévaut, il appartient aux Universités d'offrir les programmes de formation spécialisée afin de former les ressources humaines nécessaires et ensuite il incombe au M.A.S. la responsabilité de planifier la formation des effectifs et autoriser des postes là où les services pharmaceutiques sont déficients. L'A.P.E.S. demeure cependant disponible pour étudier avec le M.A.S. les endroits où les besoins sont prioritaires.

RÉFÉRENCES

1. Loi sur les services de santé et les services sociaux, règlement; janvier 1973.
2. Loi sur la pharmacie (loi 255); juillet 1973.
3. Normes sur les services de pharmacie dans les centres hospitaliers, M.A.S.; janvier 1974.
4. Clinical pharmacy services: Time and cost Study in a medical center hospital; Hospital Formulary; December 1975.
5. Cost/impact analysis of selected clinical pharmacy functions in three hospitals. Amer. J. Hosp. Pharm. 31: 947-953; October 1974.
6. Procedure Manual for Drug Monitoring in the Canadian Hospital. The Can. J. Hosp. Pharm. vol. 32, no. 3 (May and June 1979).
7. Drug Consultation: its significance to the discharged hospital patient and its relevance as a role for the pharmacist. Amer. H. Hosp. Pharm. 28: 954-960; December 1971.
8. Standards of Practice for the Profession of Pharmacy. American Pharmacy, vol. NS 19, no. 3; March 1979. P. 21-33.