

LA PHARMACIE EN CONTEXTE HOSPITALIER:
UNE MISSION A DEFINIR

Mémoire de Maîtrise

par

Louis Brassard

Maîtrise en Gestion
des Petites et Moyennes Organisations

Université du Québec à Chicoutimi

Février 1990.



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE

1.1	PRESENTATION DE L'ORGANISATION	1
1.2	PROBLEMATIQUE	2
1.3	OBJECTIFS	2
1.4	CHAMP THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	2

DEUXIEME PARTIE

2	REVUE DE LITTERATURE	25
2.1	GESTION DES STOCKS	10
2.2	OUTILS DE GESTION UTILISES	13
2.3	ACTUALISATION DU PHARMACIEN	15
2.4	DISTRIBUTION	16
2.5	SATISFACTION AU TRAVAIL	16
2.6	SALAIRES ET AUTRES INCITATIFS	19
2.7	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	21
2.8	TACHE DU PHARMACIEN	21
2.9	PHARMACOLOGIE	24

TROISIEME PARTIE

	IMAGE-RICHE	25
3	ENVIRONNEMENT	26
3.1	ENVIRONNEMENT IMMEDIAT	26
3.2	ENVIRONNEMENT SECONDAIRE	27
3.3	ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL	27
3.4	DESCRIPTION DES STRUCTURES	28
3.41	ORGANIGRAMME	28
3.5	ETUDE TEMPS-MOUVEMENT	30
3.51	DETAIL DES TACHES	32
3.52	TEMPS ASSOCIE A CHACUNE DES TACHES	35
3.53	TACHE OFFICIELLE DU PHARMACIEN	37
3.55	TACHES DES TECHNICIENNES EN PHARMACIE	41
3.6	POLITIQUES D'OPERATION ET REGLEMENTS	42
3.7	AMENAGEMENT DES LIEUX	44
3.8	DESCRIPTION DU PROCESSUS	46
3.9	RESSOURCES	61
3.91	RESSOURCES FINANCIERES	61
3.92	TECHNOLOGIE	62
3.93	RESSOURCES HUMAINES	62

TROISIEME PARTIE (SUITE)

3.10	STYLE DE GESTION	64
3.11	CLIMAT ORGANISATIONNEL	65
3.12	RELATIONS PHARMACIE-COMITE DES MEDECINS ET DENTISTES	66
3.13	SYNTHESE DES ELEMENTS IDENTIFIES DANS DIAGNOSTIC ET LIENS POSSIBLES	70
3.14	SELECTION DU GOULOT D'ETRANGLEMENT	72

QUATRIEME PARTIE

4.1	CHOIX DU SYSTEME PERTINENT	78
4.2	VALIDATION DE LA DEFINITION	79
4.3	CONCEPTUALISATION	81
4.4	SCHEMA D'UN SYSTEME DE PRISES DE DECISIONS STRATEGIQUES POUR LA PHARMACIE DE L'HOPITAL	82
4.5	LIEUX ET CHANGEMENTS POTENTIELS	87
4.6	IMPLANTATION	88

CINQUIEME PARTIE REFLEXION METHODOLOGIQUE

5.1	APPLICATION DE LA METHODOLOGIE	91
5.2	COMPARAISON ENTRE L'APPLICATION DE LA METHODOLOGIE DES SYSTEMES SOUPLES ET LA METHODE SCIENTIFIQUE	92
5.3	REFLEXIONS SUR LA METHODE SCIENTIFIQUE VS LA RECHERCHE-ACTION	93
5.4	SUGGESTIONS D'AMELIORATION DE LA PRATIQUE DE LA METHODOLOGIE	96
5.5	CONCLUSION	97

	BIBLIOGRAPHIE	99
--	---------------	----

NOTE DE L'AUTEUR

L'utilisation de graphiques à flux physiques et à flux d'informations permet de décrire à la fois le rôle de pourvoyeur de médicaments (biens), à la fois le rôle de dispenseur de services (grâce à l'information) de la pharmacie de l'hôpital.

LEGENDE GENERALE DES GRAPHIQUES



Lorsqu'un bien physique circule entre deux parties. Ceci représente le transfert réel de biens de la pharmacie.



Lorsque des informations s'ajoutent grâce à une opération et permettent de passer à l'opération suivante. Ceci représente la valeur ajoutée des services de la pharmacie.

rén.

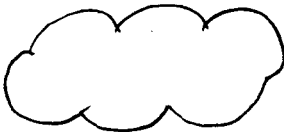


Toutes les flèches de ce type indiquent qu'une rémunération est fournie en retour.

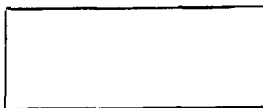
\$



Toutes les flèches de ce type impliquent qu'un paiement en monnaie est transféré.



Ces nuages représentent des acteurs qui sont à la pharmacie de l'hôpital.



Ces boîtes représentent des opérations qui permettent de rendre un service.

PREMIERE PARTIE

1.1 PRESENTATION DE L'ORGANISATION

L'organisation étudiée est une pharmacie opérant à l'intérieur d'un hôpital de la région. La majeure partie de son activité ayant pour but l'approvisionnement d'une entreprise publique en médicaments, nous en parlerons donc comme d'une petite organisation publique. Il faut toutefois comprendre que l'objet de l'étude comprend aussi les responsables qui ont des relations avec la pharmacie à l'intérieur de l'hôpital.

Notre formation en gestion des P.M.O. nous inscrit dans un processus de diagnostic-intervention lors de notre rédaction de mémoire en seconde année. Ayant entendu parler des démarches du directeur du personnel de l'hôpital en vue de faire exécuter une étude de temps-mouvement pour la pharmacie, nous sommes entrés en contact avec ce dernier pour convenir d'un mandat.

L'organisation visée compte sur la présence et l'activité de trois (3) professionnels soit M. Tremblay, pharmacien, Mme Lajoie, technicienne en pharmacie, et Mme Hertel, technicienne en pharmacie à temps partiel. Son activité peut être considérée comme intense pour une entreprise de cette taille, la pharmacie répondant à pas moins de 170 prescriptions par jour (moyenne du 16 septembre 1984 au 28 janvier 1985).

1.2 PROBLEMATIQUE

Suite à l'augmentation du nombre de prescriptions traitées, la pharmacie de l'hôpital avait introduit l'usage de l'informatique pour en accélérer le traitement. Toutefois, par la suite, le volume de travail à effectuer augmente. Le pharmacien se plaint alors d'un manque de personnel pour faire face à ce surplus de travail.

Nous veillerons alors à vérifier les faits et à élucider le bien fondé de cette hypothèse.

1.3 OBJECTIFS

La consultation aura donc pour objectifs de:

- 1- Cerner les problèmes de fonctionnement dont ceux possiblement reliés à l'introduction de l'informatique;
- 2- Examiner la tâche du pharmacien en terme de contenu et l'évaluer par rapport à la tâche théorique du pharmacien d'hôpital; et
- 3- Poser un diagnostic pour trouver les problèmes plus profonds de la pharmacie en milieu hospitalier.

1.4 CHAMP THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le plan de travail se divise en quatre (4) étapes principales pouvant se visualiser comme suit.

Une première partie (la partie actuelle) vise à introduire le lecteur en décrivant le cadre de la consultation, ses objectifs ainsi que le plan que l'auteur entend suivre dans la présentation de son sujet.

Une seconde partie, la revue de littérature, vise à donner une assise à notre réflexion. On y brosse un portrait de la documentation disponible dans les différents champs d'étude de la pharmacie d'hôpital. Cette partie favorisera la compréhension des phénomènes observés à l'intérieur de la pharmacie.

Une troisième partie présente les résultats de l'observation durant la consultation à proprement parler et ce suivant la méthode de Checkland.

Premièrement on y retrouve une description de l'environnement dans lequel évolue l'organisation. Deuxièmement, nous ferons une description des tâches des différents acteurs impliqués dans la pharmacie. L'opération a pour but de détecter si les responsabilités données se trouvent bien réparties entre les intervenants. C'est dans le cadre de cette sous-partie que l'emploi du temps du pharmacien est traité au moyen d'une étude de temps-mouvement commandée par la direction de l'hôpital. Le cadre dans lequel les employés évoluent y est également abordé (politiques, aménagement).

Troisièmement, on décrit et décortique les activités de la pharmacie, autant en ce qui concerne les opérations journalières que toutes les autres activités de l'entreprise. Quatrièmement, les ressources de la pharmacie sont évaluées. Cinquièmement, on y fait la description du climat de l'organisation.

Tout au long de la description des activités de l'entreprise et des tâches des employés, il apparaît important de faire ressortir les différents problèmes rencontrés par la pharmacie de l'hôpital. Ceux-ci permettront, sixièmement, de faire la sélection du (ou des) problème(s) jugé(s) le(s) plus important(s).

La démarche de recherche-action implique, tout au long du processus, que nous ayons convenu de la représentativité de l'image ainsi produite avec les acteurs impliqués i.e. le pharmacien, son responsable (en l'occurrence, le directeur des services professionnels), les employés de la pharmacie, le directeur du personnel et bien sûr le directeur général. Le choix du problème à traiter s'est fait grâce à la consultation de toutes ces personnes.

Une quatrième partie permet au consultant de se mettre un peu en retrait de la situation et d'entrer en phase de recherche pour apporter des suggestions à l'entreprise.

En premier lieu, on identifie le système d'activités directement lié au problème qu'on a choisi de résoudre.

Cette définition inclut la perspective selon laquelle le problème choisi sera traité (ancrage). Cette démarche est réalisée de paire avec notre client.

En second lieu, on procède à une vérification développée par Checkland pour s'assurer de la performance du système identifié. En troisième lieu, un rappel des théories est réalisé pour développer, en quatrième lieu, un modèle théorique visant à remplacer la fonction déficiente. Ce modèle doit tenir compte des éléments essentiels de la situation et permettre d'identifier de nouvelles règles du jeu.

En cinquième lieu, nous comparons le modèle ainsi défini avec ce qui existe réellement dans l'organisation pour définir les changements souhaitables et réalisables. Ces changements prévus résultent aussi de discussions avec le client (la direction de l'institut). En effet, les changements choisis doivent être bien acceptés et compris pour une meilleure application future. Cette démarche apporte parfois un éclairage différent au problème.

En sixième lieu, nous définissons un plan d'action accepté par tous pour favoriser une meilleure implication des gens en présence. L'application de ce plan d'action fait ensuite changer la vie d'entreprise. Cette constante évolution de l'entreprise fait qu'il est alors possible de redéfinir une nouvelle problématique. Celle-ci conduit à une nouvelle analyse, à de nouvelles solutions, et ainsi de suite.

Une cinquième et dernière partie de ce document est constituée d'une réflexion méthodologique mettant en comparaison les méthodologies de recherche-action et scientifique ainsi que d'une conclusion au mémoire.

DEUXIEME PARTIE

REVUE DE LITTERATURE

Cette revue de littérature couvre plusieurs sujets qui sont rattachés aux symptômes identifiés au début de la démarche de diagnostic. Compte tenu du problème qui sera retenu dans la sélection du goulot d'étranglement, cette revue de littérature peut apparaître un peu vaste au lecteur. Toutefois, elle fournira des assises de compréhension des phénomènes évoqués.

La méthode scientifique en contexte de pharmacie hospitalière a permis de s'attaquer à des problèmes spécifiques, qu'on peut classifier en trois grands groupes:

I- la gestion des stocks et autres outils de gestion de la pharmacie;

II- la satisfaction des pharmaciens au travail (incluant les salaires et autres incitatifs à la productivité); et

III- la tâche du pharmacien elle-même (au niveau quantité et qualité).

Nous esquisserons en dernier lieu une autre possibilité d'utilisation de la méthode scientifique dans un domaine autre que l'administration, soit la pharmacologie.

Pour permettre une mise en perspective, nous situerons les auteurs ayant abordé la pharmacie en nord Amérique selon les catégories que nous avons identifiées.

TABLEAU DE CLASSIFICATION DES AUTEURS SELON LES SUJETS

SUJET ABORDE	AUTEURS
I- GESTION DES STOCKS ET AUTRES OUTILS DE GESTION	
<p>La gestion des stocks</p> <p>Les outils de gestion de la pharmacie</p> <p>La distribution</p>	<p>Richardson (1982) Blower (1982) Puckett (1982) Ferkovic et Thomas (1983) Vincent et Ranton (1984) Downer (1985) Shehan (1985) Cox et Gibson (1986) Fine (1986)</p> <p>Hardy et Orton (1982 et 1983) Fetterman (1986) Epstein (1988)</p> <p>Gronhaug (1978)</p>
II- SATISFACTION ET INDICATEURS	
<p>La satisfaction au travail</p> <p>Salaires et autres incitatifs</p> <p>Environnement physique</p>	<p>Glaser (1979) Cardinale et Glaser (1986) Humphrys et O'Brien (1986) Epstein (1988) Rickert (1988)</p> <p>Chi (1985) Glaser et Maxwell (1987)</p> <p>Cardinale et Glaser (1986)</p>
III- TACHE DU PHARMACIEN	
<p>La tâche du pharmacien</p> <p>Tâche et actualisation</p>	<p>D'Agnese (1984) Tootelian et Gaedeke (1986) Cardinale et Glaser (1988)</p>

Explorons maintenant chacune des catégories pour comprendre ce qui a été réalisé.

2.1 GESTION DES STOCKS

Les travaux d'auteurs tels Vern. Vincent et Michael Ranton (1984), ont permis d'appliquer le modèle des quantités économiques de commande (E.O.Q.) dans la limitation de l'espace d'une pharmacie d'hôpital¹ pour minimiser les coûts de commande et de support d'inventaires. Et tout ceci compte tenu des besoins bien particuliers de l'hôpital. En plus de E.O.Q. comme méthode de contrôle des coûts d'inventaires, Cox et Gibson (1986) identifient également:

- 1- la méthode ABC qui met l'accent sur le contrôle de peu d'éléments vitaux;
 - 2- le moment de commande synchronisé, qui utilise une prévision en temps de la demande pour les items;
 - 3- une courbe agrégée d'investissement en inventaires qui peut être construite pour aider le management à déterminer le niveau optimal de service à la clientèle;
- et

¹ VINCENT, Vern. et Ranton, Michael (1984), Hospital Pharmacy Inventory Management: Economic Order Quantity, Model with Space Limitation, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 5, No 3, February, pp.82-86.

4- la demande prévisionnelle et les groupes d'achat 2.

De leur côté, Ferkovic et Thomas (1983) mettent l'accent sur l'importance d'une bonne gestion des coûts d'inventaires 3. En effet, les pharmacies d'hôpital sont responsables d'environ 60 pourcent des coûts d'inventaires en dollars d'un hôpital. La gestion d'inventaires devrait donc être considérée comme une fonction autonome dans la pharmacie. Les auteurs mettent également l'accent sur la nécessité d'utiliser un formulaire de médicaments simplifié (liste des médicaments accessibles à l'hôpital). Celui-ci devrait limiter l'utilisation de drogues de multiples forces et combinaisons pour favoriser l'usage de drogues de forces communes et employées couramment.

Un autre aspect du même domaine exploré par la littérature scientifique concerne la dualité gestionnaire des stocks vs pharmacien. Le responsable de ces deux départements devrait-il être une seule et même personne. Richardson (1982) a suggéré que ces deux fonctions puissent être remplies par une seule et unique personne soit le pharmacien 4 pour le bien des patients et de l'hôpital. Blower (1982)

2 COX, James et Gibson, Tyrone (1986), Inventory Management for Hospital Pharmacies, Hospital Management Materiel Quaterly, Vol. 8, No 1, August, pp.64-74.

3 FERKOVIC, et Thomas, J. (1983), Inventory Control System in the Hospital Pharmacy, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 5, No 2, November, pp.70-77.

4 RICHARDSON, James C. (1982), The Importance of Amalgamating Pharmacy and Materiel Management,

adopte la même position 5 et souligne que le bien du patient peut aller avec la minimisation des coûts. En général, les auteurs s'accordent sur l'interaction étroite que devraient entretenir ces fonctions. A ce titre, on peut trouver une bibliographie intéressante dans un article de Puckett (1982) 6. Downer (1985) note l'influence croissante du pharmacien et du technicien en pharmacie dans la décision d'achat des médicaments 7.

Plus récemment, l'aspect informatisation a été abordé et certains avantages ont été mis en valeur en rapport avec la gestion des stocks.

Jennifer Fine (1986) a mis en évidence qu'aux Etats-Unis, plus de 91 pourcent des hôpitaux de 400 lits et plus avaient ou planifiaient acheter un système informatisé pour leur pharmacie 8. Le système permettait de consolider les tâches routinières, épargnant à la fois temps et argent. D'autres

Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 4,
No 1, August, pp. 35-39.

5 BLOWER, John B. (1982), Opportunities for Pharmacists, Hospital Management Materiel Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.28-34.

6 PUCKETT, William (1982), The Pharmacist Versus the Materiel Manager, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.15-22.

7 DOWNER, Terence (1985), Adapting Marketing to the New Breed of Health-Care Decision Makers, Medical Marketing and Media, Vol. 20, No 12, December, pp.118-125.

8 FINE, Jennifer (1986), Vendors Adapt Systems to Meet Changing Needs of Pharmacists, Modern Healthcare, Vol. 16, No 24, November 21, pp. 44-45.

avantages de l'automatisation de la pharmacie incluent aussi la rotation plus rapide de l'inventaire, ainsi que le développement de services de renseignements managériaux pour les administrateurs de l'hôpital et d'applications cliniques pour les bureaux de médecins. Il est à prévoir que les systèmes informatisés de pharmacies seront bientôt intégrés avec les autres systèmes informatisés de l'hôpital. A ce titre, Shehan (1985) met en évidence la nécessité d'une automatisation la plus complète possible pour en retirer tous les avantages 9.

2.2 OUTILS DE GESTION UTILISES

Fetterman (1986) a mis en évidence le fait que des problèmes de surplus de travail, ou de supervision pouvaient être corrigés par des améliorations de l'efficacité opérationnelle et des habilités managériales 10.

On a également tenté de cerner dans quelle mesure on applique les outils de gestion qui ont été développés depuis les 25 dernières années dans la gestion d'une pharmacie. Hardy et Orton (1983) ont mené une enquête sur l'utilisation de la comptabilité par centre de responsabilité ainsi que

9 SHEHAN, Nina (1985), Partial Automation of the Hospital Pharmacy: Is It Enough?, Computers in Healthcare, Vol. 6, No 6, June, pp.17-18.

10 FETTERMAN, David (1986), Operational Auditing: A Cultural Approach, Internal Auditor, Vol. 43, No 2, April, pp.48-54.

sur la décentralisation dans la pharmacie de détail 11. Les résultats montrent que la prise de décisions est hautement centralisée en pareil contexte.

En ce qui concerne les outils utilisés, les mêmes auteurs avaient souligné en 1982, à partir d'une enquête auprès de 27 chaînes de pharmacie, que 78 pourcent des répondants préparaient un budget prévisionnel par pharmacie 12. De moins en moins de chaînes se servaient de cet outil pour l'ensemble de l'organisation (67 %) ou de la région ou district (52 %). De plus, les gestionnaires de pharmacie étaient rarement impliqués dans la préparation de tels budgets. Près de 85 pourcent des entreprises utilisaient le budget comme mesure de performance de chacune des pharmacies; au niveau de l'organisation, les budgets étaient utilisés pour communiquer les plans, établir les objectifs et contrôler les opérations.

Relativement aux outils de gestion financière ou de recherche opérationnelle, une enquête conduite pour le compte de Drug Topics en 1982 conclut qu'à peine 9 pourcent

11 HARDY, John et Orton, Bryce (1983), Decentralised Decision Making and Responsibility Accounting in a Selected Segment of Business, Cost and Management (Canada), Vol. 57, No 1, January-February, pp.43-46.

12 HARDY, John et Orton, Bryce (1982), The Use of Planning and Budgeting: An Empirical Study, Managerial Planning, Vol. 31, No 3, November-December, pp.39-42.

des pharmacies (même celles à haut niveau de croissance) utilisent les quatre (4) outils suivant:

- 1- les analyses de profits et pertes;
- 2- les prévisions de caisse recettes-déboursés;
- 3- les analyses de profits bruts des ventes par produit;
ainsi que
- 4- les analyses de productivité de l'espace 13.

Comme 100 pourcent des pharmacies identifiées par eux comme leur principal concurrent utilisent ces outils de gestion, cette sous-utilisation des outils de gestion peut s'avérer un obstacle principal à leur croissance.

2.3 ACTUALISATION DU PHARMACIEN

Le comportement des pharmaciens a également été examiné sous l'angle de la tâche et de l'actualisation. Suite à un sondage aux Etats-Unis, Epstein (1988) mettait en évidence que seulement 33 pourcent des répondants participaient à des séminaires sur la santé 14. On a également trouvé que 8 pharmaciens sur 10 étaient membres d'au moins une association professionnelle et que les pharmaciens d'hôpital

13 ANONYME (1982), Good Management - A Matter of Attitude/Get the Edge with Sharper Pricing, Drug Topics, Vol. 126, No 22, November, pp.52-56.

14 EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988: Part 3 - Life Outside the Pharmacy: The Joiners and the Doers, Drug Topics, Vol.132, No 17, September 5, pp.18-27.

déclaraient plus de membership aux associations professionnelles (90 %) que les pharmaciens au détail (77 %).

2.4 DISTRIBUTION

Du côté de la pharmacie en général on s'est également appliqué à utiliser le modèle économique dans le choix des médicaments par les clients. Par exemple, Gronghaug (1978) 15 a souligné qu'une déviation au modèle de la compétition économique a été découverte pour la distribution dans l'industrie pharmaceutique. Ces déviations sont reliées à la taille de l'industrie, l'hétérogénéité du produit, au manque d'information du consommateur et aux réglementations gouvernementales. Ces déviations varient d'un pays à l'autre selon les règlements en vigueur. Il examine le contexte de ces règles et l'impact de la réglementation en Norvège.

2.5 SATISFACTION AU TRAVAIL

Un autre domaine où la méthode scientifique a pu être utilisée a trait à la satisfaction des pharmaciens dans leur milieu de travail. Glaser (1979) a ainsi trouvé qu'il existe un état d'insatisfaction plus grand parmi les jeunes pharmaciens. Aussi, la majorité des jeunes pharmaciens

15 GRONHAUG, K. (1978), Goals and Realities in a Distribution System: the Case of Pharmaceuticals in Norway, *Omega*, Vol. 6, No 6, pp.501-506.

préfèrent travailler dans une pharmacie au détail que dans une pharmacie d'hôpital ou comme vendeur pharmacien pour les manufacturiers de médicaments 16. Ils n'aiment pas faire l'inventaire et prendre les commandes et valorisent les tâches de gestion et d'administration. Leur moral est très dépendant de la qualité des communications "gestionnaires-employés". Remplir les prescriptions ne leur apporte que peu de satisfaction.

Rickert (1988) montre qu'il existe des différences significatives entre les différents cadres de travail dans l'impact de l'enrichissement de la tâche sur le professionnalisme des pharmaciens 17. Cette observation supporte la perspective que le design de l'emploi doit tenir compte d'aspects comme la carrière. En effet, on remarque des accroissements dans le professionnalisme chez de nombreux professionnels (pharmaciens d'hôpital) dont la tâche a été planifiée de façon congruente avec leur orientation professionnelle. On a aussi trouvé que le professionnel autonome avait le plus haut degré de professionnalisme.

Humphrys et O'Brien (1986) ont souligné que le niveau perçu de l'utilisation de ses habiletés s'avérait un meilleur

16 GLASER, Martha (1979), Management and the Young Pharmacist, Drug Topics, Vol. 123, No 21, November, pp.55-58, 68.

17 RICKERT, Donald R. (1988), Professionalization and the Design of Work: A Study of Pharmacists, Health Care Supervisors, Vol. 6, No 4, July, pp. 29-34.

prédicateur de la satisfaction du pharmacien face à son emploi que l'influence qu'il se perçoit dans l'organisation 18. En effet, dans un contexte de changements technologiques, on a vérifié auprès de pharmaciens australiens l'importance de ces variables. On a également constaté que les pharmaciens au détail semblaient percevoir une utilisation de leurs habiletés et un niveau de satisfaction moindres que les pharmaciens d'hôpital. Toutefois, les pharmaciens d'hôpital semblaient se percevoir une influence moindre dans l'exercice de leurs fonctions.

Epstein (1988) a mis plus récemment en évidence, à partir d'une enquête menée auprès de plus de 1000 pharmaciens américains, que juste un peu plus de la moitié choisiraient à nouveau la pharmacie comme profession 19. Il faut également noter que même si les pharmaciens d'hôpital changent plus souvent d'emploi, ils semblent plus heureux que leurs confrères d'avoir embrassé cette carrière. A cet égard, ce que les pharmaciens au détail apprécient le plus de leur emploi est le contact du patient alors que chez les pharmaciens d'hôpital, c'est la satisfaction de faire partie

18 HUMPHRYS, Peter et O'Brien, Gordon (1986), The Relationship Between Skill Utilization, Professional Orientation and Job Satisfaction for Pharmacists, Journal of Occupational Psychology (UK), Vol.59, No 4, December, pp.315-326.

19 EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988: Part 1 - Life in the Workplace, Drug Topics, Vol.132, No 15, August 1, pp.42-50.

d'une équipe de soins. On décrit indifféremment la tâche comme satisfaisante mais comme un emploi à haute pression.

Il faut noter que Cardinale et Glaser (1986) avaient mis en évidence des résultats à peu près semblables, au sujet de l'appréciation du pharmacien à faire partie de l'équipe de soins de l'hôpital ainsi que de son appréciation négative d'avoir à réaliser des tâches routinières. En outre, ils ajoutaient que plus de 90 pour cent des pharmaciens interrogés considéraient leur emploi comme leur apportant suffisamment de défi ²⁰. Aider à sauver les gens faisait partie des motivations du pharmacien, autant d'hôpital que des pharmacies au détail. Le travail de nuit était une cause majeure d'insatisfaction.

2.6 SALAIRES ET AUTRES INCITATIFS

Glaser et Maxwell (1987) ont par ailleurs présenté un portrait des salaires payés aux pharmaciens ainsi que de leur situation financière ²¹. En plus du niveau des salaires moyens, on y remarque que les pharmaciens de sexe masculin sont mieux payés que leurs collègues de sexe féminin. Aussi, les salaires des pharmaciens tendent à

20 CARDINALE, Val et Glaser, Martha, Work Relationships: People-Contacts Key to Pharmacist Confidence (Part 1), Drug Topics, Vol. 130, No 9, May 5, pp. 36-44.

21 GLASER, Martha et Maxwell, Tracey (1987), Exclusive New Survey on Pharmacists Salaries: Employee Pharmacists Enjoying Real Gains, Drug Topics, Vol. 131, No 19, October 5, pp. 30-62.

plafonner entre les âges de 36 et 45 ans, puis à redescendre. De plus, il faut noter que les salaires sont rehaussés par du surtemps, des bonus et les formules de partage des profits. Chi (1985) avait de plus souligné que les pharmaciens d'hôpital ou à la chaîne valorisaient plus l'importance d'un bon salaire alors que les pharmaciens indépendants semblaient accorder plus d'importance à un bon environnement de travail 22.

Selon une enquête conduite en 1985 par Drug Topics, on n'offre pas de bonus dans les hôpitaux et le temps supplémentaire y est beaucoup moins fréquent que dans les pharmacies de détail 23. Cependant, il existe plus de possibilités quant aux congés rémunérés et l'environnement de travail y est plus professionnel. Selon cette même enquête 24, voici d'autres incitatifs utilisés par les pharmacies à la chaîne:

- 1- Programme de partage des bénéfices
- 2- Paiement des frais de scolarité contre promesse de travail pour un certain nombre d'années

22 CHI, Judy (1985), Boost R.Ph. Job Satisfaction, Today's Employers Are Urged (Part 4), Drug Topics, Vol. 129, No 10, May 20, pp.18-24.

23 CHI, Judy (1985), Chain Competition for R.Ph.s Keeping Hospital Salaries Up, Drug Topics, Vol. 129, No 9, May 6, pp.39-44.

24 CHI, Judy (1985), Pharmacists Discover New Treats in Their Compensation Pot: Chains, Drug Topics, Vol. 129, No 8, April 15, pp.24-29.

- 3- récompense en argent pour avoir amené un nouveau pharmacien
- 4- horaire de travail flexible
- 5- programme de bénéfices flexibles
- 6- régime d'épargne retraite
- 7- régime de pension
- 8- bonus sur la quantité
- 9- programme d'achat d'actions.

2.7 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

En ce qui concerne le niveau de satisfaction face à l'environnement physique du milieu de travail, Cardinale et Glaser (1986) ont souligné que les pharmacies à la chaîne semblaient leaders au niveau de la qualité des équipements et de l'environnement, suivies de près par les pharmacies indépendantes 25. Les pharmacies d'hôpital semblaient nécessiter un bon ménage et des rénovations. En plus de l'attitude face à d'autres éléments de l'environnement physique, le sondage laissait aussi suggérer que les pharmaciens qui conseillaient fréquemment leurs clients semblaient plus positifs envers leur environnement.

2.8 TACHE DU PHARMACIEN

Au niveau de la charge de travail des pharmaciens, une enquête dont les résultats furent dévoilés par Cardinale et

25 CARDINALE, Val et Glaser, Martha (1986), Work Areas Can Boost Morale of Pharmacists, Drug Topics, Vol. 130, No 10, May 19th, pp.14-16.

Glaser (1986) parmi 2 000 pharmacies au détail et d'hôpital, a montré une moyenne de 93 prescriptions traitées par jour 26. Il semblerait y avoir peu de différences entre petites, moyennes et grandes pharmacies en ce qui concerne le nombre de prescriptions remplies, sauf dans le cas des pharmacies d'hôpital où leur nombre serait considérablement supérieur. La charge de travail inclut également du travail clérical (v.g. téléphone) dont le personnel de soutien peut aisément décharger le pharmacien. Les pharmaciens se plaignaient également de longues heures de travail, surtout à cause de l'irrégularité ou de l'inexistence d'heures de repas ou pauses.

Au niveau du contenu de la tâche que devrait avoir le pharmacien, Epstein (1988) a par ailleurs mis en évidence à partir d'une enquête auprès de 1 000 pharmaciens qu'un bon pourcentage de ces derniers étaient d'accord sur le fait que sous certaines conditions, on devrait permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments 27. Les pharmaciens d'hôpital étaient plus confiants en leur position que les pharmaciens au détail sur cette question.

Ces résultats entraînent dans la suite logique d'une enquête qui tentait de mesurer l'influence des pharmaciens d'hôpital

26 CARDINALE, Val et Glaser, Martha (1986), Workload Not That Heavy- It Just Feels That Way, Drug Topics, Vol. 130, No 11, June 2nd, pp.14-20.

27 EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988 - Part 2: A Look at Hot Topics in Pharmacy, Drug Topics, Vol. 132, No 16, August 15, pp.14-21.

sur l'utilisation des médicaments. Lazarus et Smith (1988) enregistraient et pointaient les activités des pharmaciens, décrivant par là leur rôle. Leur enquête tentait de mesurer l'influence des pharmaciens d'hôpital sur l'usage des médicaments. Les conseils donnés par les pharmaciens aux clients entraînaient des changements dans 52 pourcent des situations 28. Parmi les erreurs détectées par les pharmaciens, plus d'un tiers des situations correspondait à des changements dans le médicament prescrite. D'Agnese (1984) identifie l'erreur de spécification de la dose comme étant la plus courante 29. D'autres sources d'erreurs incluent:

- 1- des doses d'adultes prescrites pour les enfants;
- 2- des prescriptions contenant de l'alcool destinées à des alcooliques; et
- 3- des prescriptions incluant de la pénicilline destinées à des gens allergiques à ce produit.

Près de 90 pourcent des pharmaciens en informaient les médecins, qui se disaient en majeure partie heureux d'en avoir été informés.

28 LAZARUS, Herman et Smith, Mickey (1988), After The Order Is Written: Pharmacist Interventions in Hospital Drug Therapy, Medical Marketing & Media, Vol. 23, No 6, May, pp.76-80.

29 D'AGNESE, Joseph (1984), Prescribing Errors Abound, New Pharmacist Poll Finds, Drug Topics, Vol.128, No 14, July 16, pp.14-16.

Tootelian et Gaedeke (1986) allaient dans le même sens en trouvant que les patients ne changeraient vraisemblablement pas en ce qui concerne la façon d'obtenir leurs renseignements sur leur thérapie ou leur traitement; le pharmacien continuerait à servir comme source primaire d'informations 30.

2.9 PHARMACOLOGIE

Dans un autre ordre d'idées, la méthode scientifique a été utilisée pour le développement de profils pharmacologiques. On a construit des cadres théoriques et des modèles inventoriant les probabilités de maladies et les coûts de ces maladies. Mais ces modèles constituent des applications à mi-chemin entre les soins médicaux et l'industrie pharmaceutique. Ils sont néanmoins des exemples de cas où la méthodologie scientifique a pu s'appliquer efficacement, soit dans des problèmes relativement bien encadrés, mais ils dépassent le cadre de cette recherche.

30 TOOTELIAN, Dennis et Gaedeke, Ralph (1986), The Changing Role of Pharmacies in the 1990's, Journal of Health Care Marketing, Vol. 6, No 1, March, pp.57-63.

TROISIEME PARTIE

IMAGE-RICHE

Cette partie utilise une démarche diagnostique qui, à partir d'un tableau général décrivant la pharmacie, tente d'abord d'identifier les différents symptômes retrouvés dans la pharmacie, puis d'en retrouver les causes pour identifier le problème le plus important pour les acteurs en cause. Elle procède du général au particulier.

Le lecteur passe donc premièrement par une description des différents environnements qui touchent cette pharmacie d'hôpital. En second, les structures telles l'organigramme et les différents comités auxquels sont liés la pharmacie sont décrits. Troisièmement la tâche du pharmacien est décomposée, quantifiée (étude de temps-mouvement) et analysée par le biais de sa tâche officielle et de son extensibilité; suit la tâche des techniciennes en pharmacie.

En quatrième lieu, nous tentons de voir si les politiques et règlements ainsi que l'aménagement de lieux sont conséquents avec les objectifs que sous-tendent les descriptions de tâches. L'étape suivante consiste à décrire le processus de transformation des ressources et plus particulièrement celui de la gestion des stocks où il y a eu récemment des problèmes. Puis, nous enrichissons l'image de la pharmacie par la description de ses ressources financières, technologiques et humaines et leur stratégie d'allocation.

Les derniers ajouts au tableau prennent la forme de description du style de gestion du pharmacien, du climat organisationnel et des relations de la pharmacie avec le comité des médecins et dentistes.

Après cette description, une synthèse des différents éléments identifiés permettra de tenter de séparer les symptômes et les causes, pour finalement identifier le problème le plus important.

3 ENVIRONNEMENT

3.1 ENVIRONNEMENT IMMEDIAT

L'environnement immédiat de la pharmacie est constitué par l'hôpital qui comprend 98 lits et par les pavillons qui fournissent environ 49 clients à la pharmacie. Des infirmiers(ères) spécialisés(ées) viennent chercher les médicaments pour ces derniers. Leur venue peut donc être réglementée.

L'hôpital est aussi relié à la pharmacie en ce sens que les personnes impliquées dans la pharmacie sont considérées comme des employés(ées) de l'hôpital au même titre que les autres services de l'hôpital. Par le fait même la convention des employés des secteurs publics et para-publics régit les relations patronales-ouvrières entre les techniciennes en pharmacie et la direction de l'hôpital. Même s'il a un contrôle direct sur l'efficacité des

techniciennes en pharmacie qu'il côtoie, le pharmacien doit tenir compte de la contrainte syndicale.

Egalement, le directeur des services professionnels de l'hôpital gère une enveloppe budgétaire à répartir entre les différents services de l'hôpital, dont la pharmacie. La pharmacie relève directement de son autorité pour les décisions excédant la régie interne.

La pharmacie entretient également des relations avec les différents groupes évoluant à l'intérieur de l'hôpital. Il y a aussi les réunions des différents comités. Ces comités seront décrits un peu plus loin dans la description des structures.

3.2 ENVIRONNEMENT SECONDAIRE

Nous parlons ici des cliniques externes à l'hôpital qui fournissent un certain nombre de clients à la pharmacie. Ceux-ci viennent chercher leurs prescriptions eux-mêmes. Ils fournissent donc un achalandage qu'on ne peut contrôler et qui arrive à tout instant de la journée. Cela perturbe donc la tâche qu'est en train d'accomplir soit le pharmacien, soit les techniciennes en pharmacie.

3.3 ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL

Une réputation de désapprobation sociale existe relativement au fait de séjourner dans ce type d'établissement. A preuve, l'insistance des externes à ne pas voir identifiés à

l'établissement les envois qu'ils reçoivent. La pharmacie est donc touchée d'une certaine manière par ce préjugé puisqu'elle doit parfois éviter de mettre le sceau de l'établissement sur les envois à certains externes.

3.4 DESCRIPTION DES STRUCTURES

3.41 ORGANIGRAMME

L'entreprise est dirigée par le pharmacien qui exécute et vérifie les ordonnances. Ces opérations constituent une bonne part de son travail. Il est aussi en charge de l'administration de la pharmacie et à ce titre est responsable de l'achat et de la réception des produits ainsi que du courrier. Il veille aussi à préparer le travail des comités (principalement celui de pharmacologie). Il doit aussi modifier le dossier de pharmacologie, mais il le fait peu souvent puisqu'il dit manquer de temps. La mise à jour des descriptions de médicaments sur informatique et la formation du personnel sont aussi de son ressort. C'est la tâche telle que perçue par le pharmacien.

Du pharmacien dépend deux (2) techniciennes en pharmacie, une à temps complet et l'autre à temps partiel.

Le pharmacien relève directement du directeur des services professionnels qui le représente sur l'exécutif du comité des pharmaciens et dentistes et sur le comité de régie, le véritable lien avec la direction de l'hôpital.

Pour bien comprendre les rapports de la pharmacie avec l'hôpital, voici une brève description des comités et de comment la pharmacie y est représentée.

Comité de pharmacologie

- Comité chargé de modifier la liste des médicaments accessibles par prescriptions pour l'hôpital;
- au même titre que les médecins, le pharmacien y participe.

Comité des médecins et dentistes

- Comité qui veille à la qualité des soins de l'hôpital;
- composé de treize (13) médecins et d'un pharmacien;
- il regroupe les sous-comités suivants: A- le comité médical et dentaire B- le comité des dossiers C- le comité médico-infirmier;
- le pharmacien participe au comité et aux sous-comités mais ne peut prendre part au comité exécutif.

Comité de régie

- Comité qui reçoit les recommandations du comité des médecins et dentistes qui ont un impact administratif et qui recommande au conseil d'administration de l'hôpital;
- composé des directeurs de services de l'hôpital;
- le pharmacien n'y participe pas et y est représenté par le directeur des services professionnels.

Comité consultatif au directeur général

- Comité formé d'un représentant de tous les types de professionnels représentés dans l'hôpital;
- le pharmacien y participe;
- à titre consultatif et peu fonctionnel.

C'est ici que s'insère une étude de temps et mouvement des tâches effectuées par le pharmacien en une semaine. Cette étude temps-mouvement a été commandée par la direction de l'hôpital et tente de donner une approximation de la distribution du temps de travail du pharmacien.

3.5 ETUDE TEMPS-MOUVEMENT

La durée et la période de réalisation de cette étude temps-mouvement ont été choisies par la méthode dite de convenance.

Nous avons sélectionné cette semaine de façon relativement conservatrice, aucune activité mensuelle ou sporadique n'étant prévue. En effet, aucun des quatre (4) pavillons externes desservis ordinairement (St-Dominique, Roch Boivin, Vincent Brassard et Baribeau Lajoie) n'a été approvisionné durant cette semaine. De plus, aucune prise d'inventaire, aucune mise à jour des dossiers ou aucune recherche de statistiques concernant les pavillons n'ont été réalisées durant cette semaine. Il faut aussi noter l'absence du responsable immédiat du pharmacien durant une bonne partie de la semaine ainsi que l'absence de personnel remplaçant aux côtés du personnel régulier.

Pour toutes ces raisons, l'observation a eu lieu durant la semaine du lundi 5 au vendredi 9 novembre 1984.

Il est à remarquer que le temps passé pour chacune des activités sera aussi exprimé en pourcentage du temps total. Dans la même optique conservatrice le temps total ne comprend pas le temps passé avec le consultant pour lui donner une idée globale du fonctionnement de la pharmacie. Les temps morts et les pauses-café ne font également pas partie du temps total.

Pendant la semaine étudiée, on a vu traitées:

- 275 prescriptions le lundi;
- 105 prescriptions le mardi;
- 108 prescriptions le mercredi;
- 147 prescriptions le jeudi; et
- 259 prescriptions le vendredi,

pour une moyenne de 178.8 prescriptions par jour.

C'est presque le double de la moyenne (93) estimée par Cardinale et Glaser en 1986. Mais comme le souligne ces auteurs, le nombre de prescriptions pour les pharmacies d'hôpital est considérablement plus élevé que la moyenne. Selon cette recherche ce n'est donc pas anormal.

Regardons d'abord le détail de chacune des tâches. Cette partie permettra au lecteur de visualiser en détail certaines tâches du pharmacien apparaissant pour des raisons pratiques de façon plus agrégée dans l'étude de temps-mouvement qui suit.

3.51 DETAIL DES TACHES

A- TACHES DU PHARMACIEN

1- exécution des ordonnances pour les internes

- compter les pilules
- mettre les pilules en bouteilles
- entrer la prescription sur ordinateur (pour obtenir l'étiquette)

2- exécution des ordonnances pour les externes

- compter les pilules
- mettre les pilules en bouteilles
- entrer la prescription sur ordinateur (pour obtenir l'étiquette)
- donner la bouteille au client
- donner des renseignements au client sur sa médication
- recevoir le paiement
- fournir un reçu

3- préparation des envois externes pour le courrier

4- vérification des ordonnances, des dossiers de pharmacie et des médicaments

B- TACHES RELIEES A L'ADMINISTRATION

1- formation du personnel et administration générale

2- gestion de l'inventaire

- prise de commande et mise à jour du niveau de stock
- achats, accueil des représentants et téléphones
- réception des produits, vérification, déballage et transport du stock dans l'entrepôt en arrière
- transfert du stock d'inventaire dans les bouteilles précomptées pour les prescriptions les plus courantes des départements
- mise à jour de l'informatique (pour de nouveaux produits)
- règlement des comptes avec le service des finances (cas exceptionnel)

3- préparation du comité de pharmacologie et recherche en bibliothèque

4- relations avec les différents départements de l'hôpital

- courrier (cette semaine-là en grande partie avec les soins infirmiers)
- visite des responsables
- téléphones (pour dire que les médicaments sont prêts aux internes et pour les nouvelles admissions)

5- communication avec les responsables

- immédiats (responsables des départements)
- intermédiaires (direction du personnel)

- élevé (directeur général)
- avec les médecins
- avec l'ordre des pharmaciens

Regardons maintenant les temps associés à chacune des tâches et les pourcentages en fonction du temps total.

3.52 TEMPS ASSOCIE A CHACUNE DES TACHES

TEMPS TOTAL		1951 MINUTES	100.0
se détaillant comme suit		en minutes	en %
TACHES DE PHARMACIE		969 minutes	52.4
1- exécution des ordonnances pour les internes	224 MINUTES	12.1	
2- exécution des ordonnances pour les externes	309 MINUTES	16.7	
3- envois externes par courrier	39 MINUTES	2.1	
4- vérification des ordonnances, des dossiers de pharmacie et des médicaments	398 MINUTES	21.5	
TACHES RELIEES A L'ADMINISTRATION		882 MINUTES	47.6
1- formation du personnel et administration générale	33 MINUTES	1.8	
2- gestion de l'inventaire	402 MINUTES	21.7	
- prise de commande et mise à jour du niveau de stock	43 minutes (2.3%)		
- achats, accueil des représentants et téléphones	142 minutes (7.7%)		
- réception des produits	23 minutes (1.3%)		
- transfert du stock pour prescriptions courantes	21 minutes (1.1%)		
- mise à jour de l'informatique	115 minutes (6.2%)		
- règlement des comptes avec le service des finances	58 minutes (3.1%)		
3- préparation du comité de pharmacologie	116 MINUTES	6.3	
4- relations avec les différents départements	291 MINUTES	15.7	
- courrier	205 minutes (11.1%)		
- visites des responsables	22 minutes (1.2%)		
- téléphones	64 minutes (3.4%)		
5- communication avec les responsables	40 MINUTES	2.2	
- immédiat	3 minutes (0.2%)		
- intermédiaires	15 minutes (0.8%)		
- élevé	4 minutes (0.2%)		
- avec les médecins	3 minutes (0.2%)		
- avec l'ordre des pharmaciens	15 minutes (0.8%)		

NOTES:- Le pharmacien doit travailler en moyenne 2100 minutes par semaine.

- Les tâches reliées aux achats et aux finances sont maintenant exclues des occupations du pharmacien.

Comme on peut le constater, le pharmacien passe à peu près la moitié de son temps à des tâches de pharmacie, l'autre moitié étant occupée par des tâches d'administration. Pour cette semaine particulière, le pharmacien a passé moins de temps au travail que la moyenne requise (1851 minutes comparées aux 2100 minutes stipulées dans son contrat). Toutefois, on ne peut conclure sur la base de cette seule donnée (une semaine parmi 52) que le pharmacien ne consacre pas suffisamment de temps à son travail. Il est cependant possible de penser que les activités revenant sur une base mensuelle ou de façon sporadique et qui sont mentionnées précédemment puissent faire balancer la moyenne des heures travaillées. Il faut également se souvenir que les pauses journalières (environ 15 minutes par demi-journée) ne font pas partie du temps comptabilisé.

Pour mieux comprendre la répartition du temps du pharmacien à plus long terme, nous examinerons la nature des tâches exécutées par le pharmacien selon la description de tâche officielle fournie par le directeur des services professionnels. Cette description donne une meilleure idée de la tâche à plus long terme du pharmacien et correspondrait relativement bien à sa tâche réelle, s'il avait suffisamment de temps pour tout réaliser, selon le témoignage du pharmacien.

3.53- TACHES OFFICIELLES DU PHARMACIEN

A- ADMINISTRATIVES

1. Assure le contrôle de l'achat des médicaments.
 - 1.1 localement;
 - 1.2 provincialement en participant aux réunions des achats de groupe des centres hospitaliers. Il n'y a pas d'achat de groupe régional.
2. Assure le contrôle des registres.
 - 2.1 statistiques périodiques;
 - 2.2 mise à jour du formulaire de l'hôpital;
 - 2.3 mise à jour des fichiers d'informatique.
3. Supervision du personnel.
 - 3.1 application de nouvelles procédures informatiques quand il y en a;
 - 3.2 assure les remplacements;
 - 3.3 entraîne le nouveau personnel quand il y en a;
 - 3.4 rencontres avec les responsables d'autres services
 - 3.4.1 réponses aux demandes des services;
 - 3.4.2 application de nouvelles procédures s'il y en a de mises en place.
 - 3.5 participation aux comités:

3.5.1 pharmacologie (1 heure/mois): c'est là que se décide les médicaments qui apparaissent au formulaire de l'institut;

3.5.2 Comité des pharmaciens et dentistes (C.M.D.) (1 1/2 heure aux deux mois).

B- PROFESSIONNELLES

1. Vérification de la préparation et de l'exécution des ordonnances aux unités de soins, aux pavillons affiliés, à une partie des malades externes: la préparation et l'exécution sont faites par l'assistante technique, en temps normal; le pharmacien peut aider à ces deux étapes. La vérification des médicaments à servir est la tâche principale du pharmacien. Cette vérification est essentielle pour tous les médicaments servis afin de détecter les patients à risque et d'éviter les interactions médicamenteuses.

De plus, les délais doivent être raisonnables afin que les bénéficiaires n'attendent pas inutilement.

2. Comme tout professionnel, le pharmacien doit s'assurer que ses connaissances pharmacologiques sont à jour. Cette responsabilité n'incombe pas totalement à l'employeur. L'employeur peut le favoriser en lui facilitant l'assistance à divers congrès, séminaires, journées d'études, etc. et ce, dans les

mêmes proportions que celles accordées aux autres professionnels (10 jours par année).

3. Information aux clients

Le client du pharmacien doit être informé du but, de l'horaire et du mode d'utilisation de sa médication, des interactions et effets de cette médication et ce pour les patients externes. Dans les unités de soins, les pavillons, etc. cette information est donnée par le médecin traitant et/ou le nursing.

De plus, pour un grand nombre de malades externes, le médecin traitant donne aussi cette information. Même si le pharmacien doit le faire, ce n'est pas une tâche exclusive.

4. En regard des autres professionnels, il doit répondre à leurs demandes d'information.

Commentaire

Selon l'enquête de Glaser en 1979 sur la satisfaction au travail et citée précédemment, le jeune pharmacien se montre plus intéressé lorsqu'il effectue davantage de tâches non routinières. Les tâches conseils sont donc plus attrayantes pour le pharmacien.

La tâche d'information au client est effectuée par le pharmacien lorsque le client vient directement à la pharmacie. Lorsque les médicaments sont apportés aux

départements, cette tâche d'information peut être déléguée aux médecins ou aux infirmiers, ce qui se produit très souvent. Le pharmacien a des doutes sur le fait que cette tâche soit toujours réalisée. Ceci semble affecter sa satisfaction au travail et ajoute à la tension des relations avec les responsables des départements.

D'autre part, dans une pharmacie hospitalière ayant plusieurs pharmaciens, certaines activités de recherches rétrospectives, certaines études cliniques de l'utilisation des médicaments, des profils de consommation peuvent être faits. Des bulletins d'information pour le personnel peuvent être rédigés.

Il est évident que n'ayant qu'un pharmacien, ces activités sont difficiles à réaliser dans cette pharmacie. Les activités ci-haut mentionnées font également partie des tâches non routinières que le pharmacien pourrait réaliser. Même si ce sont des éléments indissociables à ce poste de pharmacien, le pharmacien actuel semble mal les rationaliser et cela s'ajoute à son insatisfaction.

Il existe également un écart entre la tâche théorique dévolue au pharmacien et ce qu'il dit avoir le temps de faire. En effet, il dit avoir à négliger la préparation des comités de pharmacologie, la mise à jour du dossier pharmacologique, la formation du personnel ainsi que la mise à jour des descriptions et effets de produits sur informatique. Les périodes de pointe sont très irrégulières

et très fortes. De plus, le directeur des services professionnels fait simplement part au pharmacien de l'addition de nouveaux pavillons à desservir, ce qui accroît la tâche habituelle du pharmacien. Ce dernier a donc l'impression de ne pouvoir négocier sa tâche, la démarche étant à sens unique.

L'horaire du pharmacien ne concorde pas avec les heures d'ouverture de la pharmacie, ce qui constitue une dérogation à la politique d'ouverture affichée. Il accomode toutefois les commandes urgentes lorsqu'il est à la pharmacie, ce qui augmente, selon ce dernier, les heures d'ouverture réelles du service.

L'A.P.E.S. (l'Association des Pharmaciens des Etablissements de Santé) définit aussi des critères de fonctionnement pour ce genre d'établissement. Ceux-ci comprennent une description de la tâche du pharmacien. Toutefois, nous ne nous pourrions utiliser ces renseignements pour évaluer la tâche du pharmacien car ceux-ci ont été développés pour un type d'hôpital très différent.

3.54 TACHES DES TECHNICIENNES EN PHARMACIE

Sous la supervision du pharmacien, une technicienne en pharmacie voit aux ordonnances c'est-à-dire qu'elle les exécute et les manipule. Elle prépare aussi des statistiques mensuelles sur le nombre de clients selon les catégories. Celle-ci s'occupe également des crédits

relatifs aux retours de médicaments des départements de l'hôpital.

Une seconde technicienne en pharmacie, à temps partiel, collabore avec la première technicienne et s'occupe de la vérification des commandes lorsqu'elles arrivent. Elle vérifie les bons de commande, classe les factures et les donne au magasinier de l'hôpital. Elle s'occupe aussi du remplissage des bouteilles précomptées et doit remplir les tablettes pour les urgences. Elle voit aussi à la rédaction des étiquettes des prescriptions.

A ces descriptions de tâche, il faut confronter les politiques d'opération et règlements pour voir si elles correspondent bien aux tâches.

3.6 POLITIQUES D'OPERATION ET REGLEMENTS

Pour permettre au pharmacien de jouer son rôle d'information au client, une politique a été instaurée pour que les intervenants de la pharmacie laissent répondre le pharmacien aux externes le plus souvent possible. Le pharmacien doit remettre la ou les prescriptions en mains propres au client pour lui offrir des renseignements sur sa médication. Il a d'ailleurs vérifié au préalable son dossier de pharmacologie.

Selon la tâche officielle du pharmacien, ce dernier doit vérifier et préparer les ordonnances pour que les délais auxquels sont contraints les patients ne soient pas

inutilement longs. Les heures d'ouverture affichées de la pharmacie sont de 9h à 12h et de 13h à 16h. Ces heures ne concordent toutefois pas avec les heures de disponibilité du pharmacien car il doit aussi assister à des réunions, faire des recherches en bibliothèque et se consacrer aussi à d'autres tâches. La loi oblige aussi la vérification et la signature du dossier pharmacologique par le pharmacien. Ces deux dernières politiques amènent parfois des délais importants dans le service aux clients externes.

La tâche officielle du pharmacien l'oblige aussi à exercer un contrôle sur l'achat des médicaments. Comme on est présentement à tenter de trouver la source de la différence entre l'inventaire théorique et l'inventaire réel, certaines politiques de contrôles temporaires ont été mises sur pied. Ces tâches reliées aux achats et aux finances ont été retirées de la responsabilité du pharmacien.

Par exemple, on doit poinçonner les produits entrés sur informatique. Le terminal d'accès pour l'ordinateur utilisé est situé au magasin de l'hôpital. Ceci est toutefois une mesure temporaire et a pour but de régler un problème de non-correspondance entre le stock entré à la pharmacie et celui supposément sorti de l'entrepôt de la pharmacie (lorsque l'on fait l'inventaire physique). Le pharmacien semble bien s'accommoder de cette situation car il dit partager les objectifs des gestionnaires de l'hôpital

desservi. Elle comprend trois pièces: un bureau pour le pharmacien, à proximité de l'accès de la pharmacie, une vaste pièce principale où travaillent les techniciennes en pharmacie et un entrepôt assez vaste pour y mettre tout le stock. Des tablettes d'étalage constituent l'ameublement principal de l'entrepôt et de la pièce maîtresse de la pharmacie. Un réfrigérateur permet aussi de conserver les médicaments le nécessitant.

Dans la vaste pièce principale, on retrouve également deux (2) dactylos et deux (2) terminaux d'ordinateur. L'ambiance y est agréable puisqu'agrémentée de lumière naturelle et offre une vue sur un petit parc aménagé par d'anciens clients.

L'entrée de la pharmacie présente une surface vitrée avec un espace pour y parler. Une demi-porte permet de voir à l'intérieur et une clochette permet au client externe de se faire entendre lorsqu'il arrive.

L'aménagement semble donc être adéquat, à la fois pour les employés et les clients de la pharmacie.

3.8 DESCRIPTION DU PROCESSUS

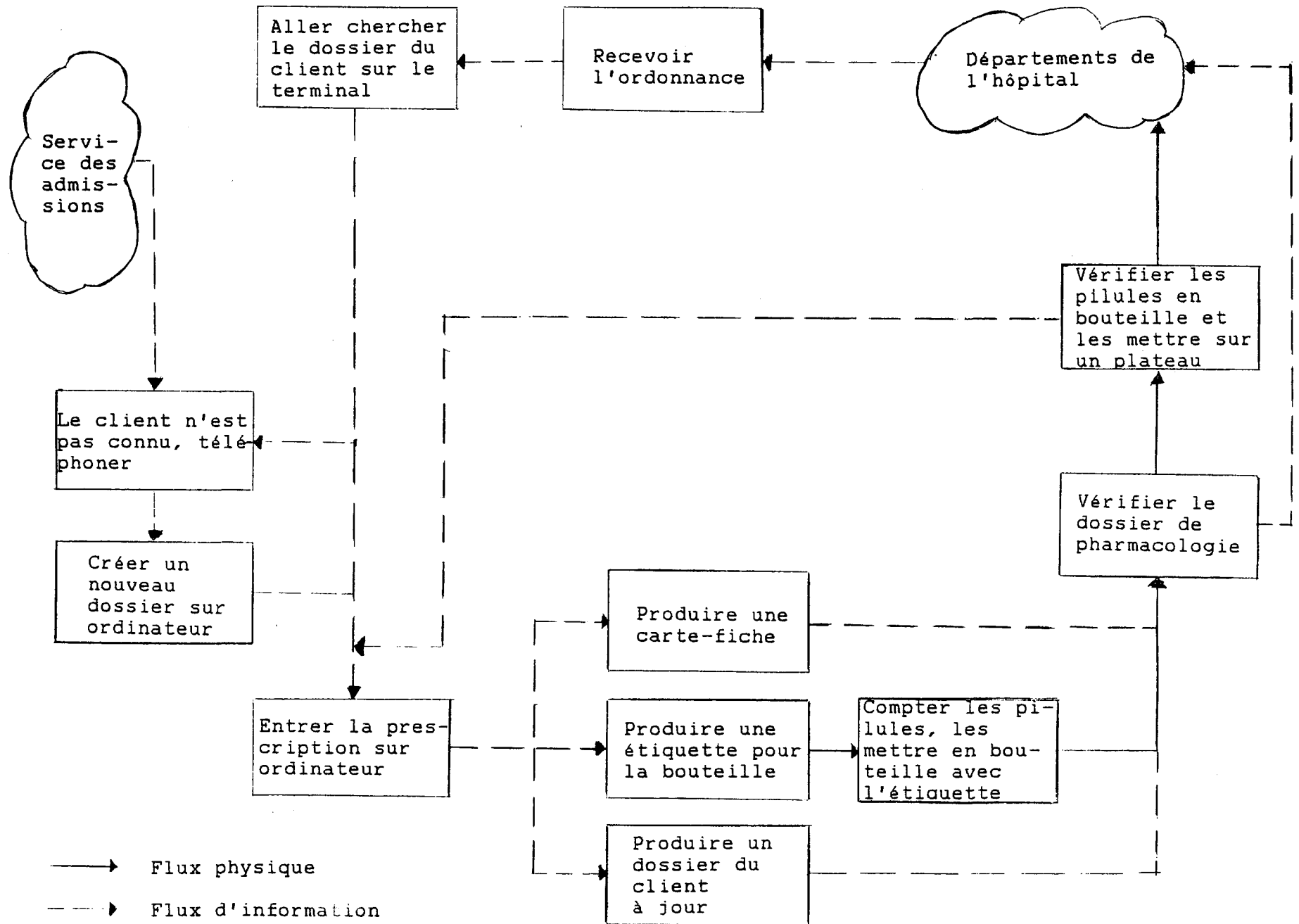
Nous aborderons le fonctionnement de la pharmacie par ce qui apparaît essentiel, c'est-à-dire son processus de transformation des ressources.

Il faut d'abord spécifier que la pharmacie dessert deux (2) marchés fort différents constitués par les patients internes et les externes. La différence dans la façon de les servir, i.e. le contact direct ou non avec le consommateur de médicaments, implique un traitement séparé dans le fonctionnement. Nous examinerons ces opérations de façon distincte.

Le service aux internes commence lorsque les différents départements de l'institut font parvenir les ordonnances (les nouvelles et les renouvellements) sur un plateau. C'est habituellement un infirmier qui vient porter les prescriptions du département à la pharmacie. Ces infirmiers viennent tout d'abord entre 8h et 9h et puis tout au courant de la journée, selon les heures de visite des médecins aux clients.

La pharmacie a fixé à 15h30 l'heure limite pour l'exécution des ordonnances le jour-même. Les infirmiers des services comprennent mal ce fait puisque la pharmacie ferme officiellement ses portes à 16h. On nous souligne

PHARMACIE DE L'HOPITAL
SERVICES AUX INTERNES



également que des prescriptions envoyées entre 14h et 15h reviennent parfois le lendemain.

Après avoir reçu un plateau, il faut chercher le dossier du client à partir de son nom sur le terminal de l'ordinateur.

Si le dossier n'est pas trouvé, il faut téléphoner au service des admissions pour s'informer. Les nouvelles admissions sont habituellement communiquées le matin. Ce téléphone a pour but de s'enquérir s'il y a eu de nouvelles admissions depuis ce temps. Il faut normalement créer un nouveau dossier pour le client à cette étape. L'entrée de la prescription sur ordinateur suit et vient mettre à jour ce nouveau dossier.

L'imprimante de l'ordinateur produit une carte-fiche, une étiquette et une nouvelle copie de dossier à jour. La carte-fiche sert aux départements et est mise dans un fichier horaire où, grâce à celui-ci, tous les clients reçoivent leur dose de médicaments à temps. On produit la fiche sur la petite imprimante de même que l'étiquette de la bouteille. Les modifications de médication suite à des changements de compagnie ou autre sont communiquées informellement aux départements. Cela entraîne parfois que le personnel de rotation ignore totalement le fait. Une copie du dossier est imprimée sur l'imprimante principale et il doit accompagner l'ordonnance tout au long de son processus d'exécution.

Suit la sélection du médicament prescrit, le comptage de la dose et la mise en bouteille des médicaments et de l'étiquette. Compte tenu du grand nombre de manipulations, des erreurs peuvent se produire à ce niveau. On vérifie ensuite le dossier de pharmacologie du patient (celui originant de l'imprimante). Cette étape a pour but de vérifier si les médicaments prescrits sont compatibles, si le dosage est correct et s'il n'y a pas de contre-indication évidente. Toutes ces étapes n'ont lieu que dans le cas de nouvelles ordonnances; seule la vérification du dosage est nécessaire lors de renouvellements. Des informations sur les allergies et maladies du client pourraient améliorer ce contrôle, surtout si le patient est suivi par plusieurs médecins.

La dernière étape consiste à vérifier les médicaments pour voir si ce sont les bons et s'ils sont en bon nombre. Sinon, la prescription doit être entrée à nouveau sur l'ordinateur et recomptée. Des erreurs de comptage ou de décodage subsistent parfois malgré ce processus de sélection-vérification des médicaments. Ces erreurs sont découvertes lors de la réception ou de la distribution de ces médicaments aux clients. La principale raison évoquée pour expliquer ces erreurs est le nombre élevé de prescriptions traitées par la pharmacie.

Des délais dans le traitement des prescriptions occasionnent aussi des problèmes aux pavillons. Les médicaments arrivent

parfois après le changement d'employés (16h). Le nombre d'employés après cette heure est moins grand (surtâche) et ces derniers connaissent moins les dossiers des patients.

Des délais encore plus grands se produisent lors des périodes de vacances du pharmacien ou des employés de la pharmacie. Les témoignages écrits des remplaçants confirment la trop grande somme de travail à abattre pour le temps alloué (été 1984).

Les cas d'exception des pavillons (des patients internes) sont parfois référés à la pharmacie et il sont traités comme les autres patients externes. Cette situation peut se produire à n'importe quel moment, durant la semaine. Et il arrive que le pharmacien soit absent. Les infirmiers se rendant à la pharmacie doivent alors attendre, et cela retarde leur clinique.

Perception des chefs de service, du coordonnateur et du responsable des cliniques externes

Comprenant tous qu'il y ait plus de clients externes, les chefs de service des pavillons soulignent cependant que le service aux pavillons ne devrait pas en souffrir. Deux (2) chefs de pavillon mentionnent que l'informatique n'a pas apporté que des bienfaits puisque les erreurs semblent plus fréquentes depuis son entrée et les médicaments prennent plus de temps pour se rendre à destination.

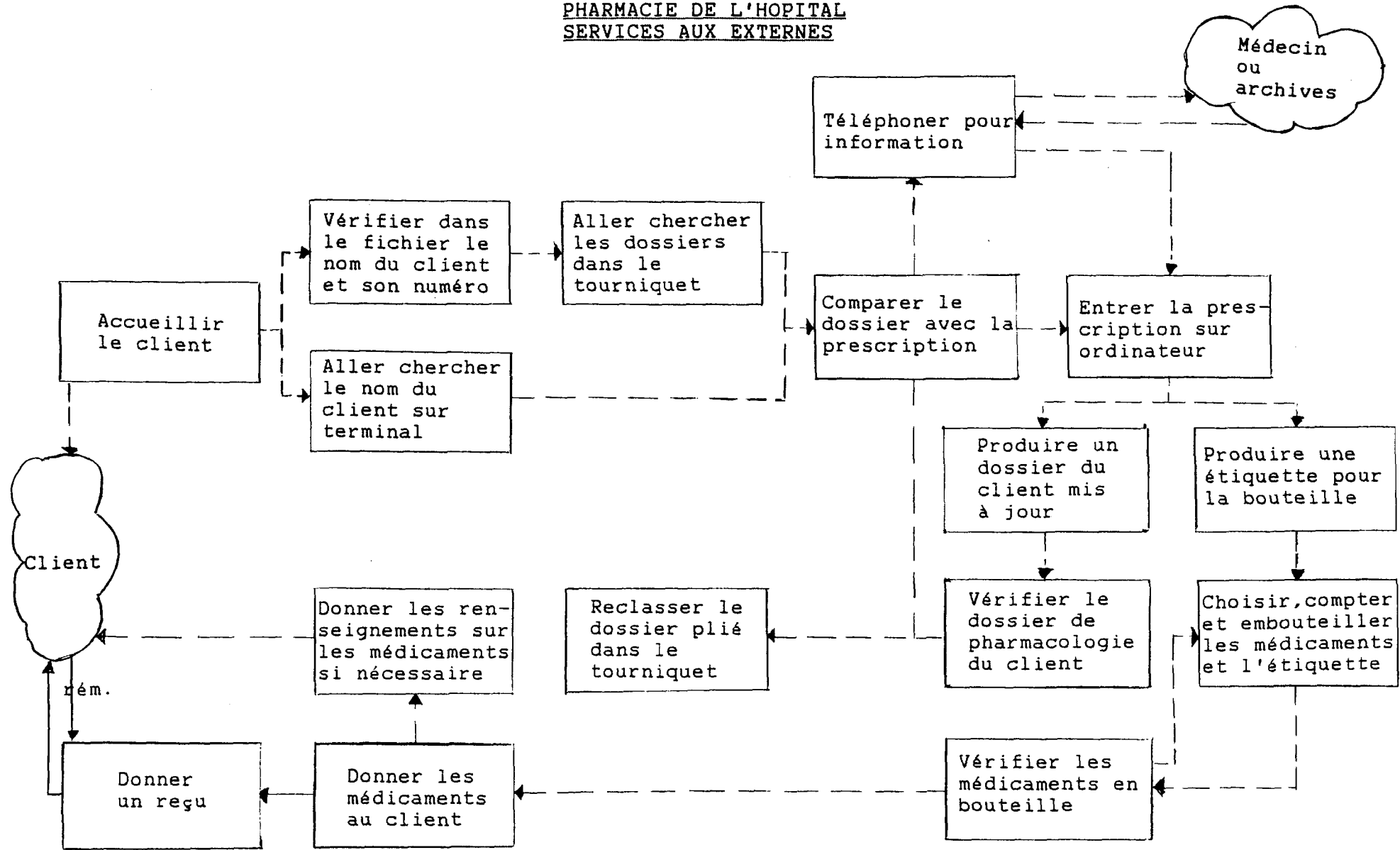
On perçoit, en ce qui concerne deux intervenants au moins, un manque de communication entre le directeur des services professionnels et le pharmacien. Ce pourrait être une des causes de leurs problèmes. Les autres intervenants rejoignent cette perception en se montrant d'accord avec le fait que la pharmacie ne contrôle pas le nombre de patients auxquels elle doit répondre.

Examinons maintenant le service que la pharmacie réalise pour les clients qui se présentent eux-mêmes au comptoir.

Le service aux externes débute lorsqu'un client se présente au guichet. Il peut sonner pour se faire entendre. Lors des périodes de travail intense (assez nombreuses au début et à la fin de la semaine), le client peut attendre un bon moment avant qu'on lui réponde et qu'on le serve. Lorsque le client a été accueilli, il y a deux possibilités: soit qu'on consulte son dossier au terminal; soit qu'on regarde dans un fichier de cartes comprenant les noms des clients et leur numéro. A partir de ce numéro, on peut aller chercher dans un tourniquet une copie du dossier du client que l'on peut examiner.

Les deux méthodes demeurent nécessaires. Si l'informatique ne fonctionne pas ou si le client est venu il y a plus de six mois et que, de ce fait, il n'ait plus de dossier sur ordinateur, la méthode manuelle prend le pas.

PHARMACIE DE L'HOPITAL
SERVICES AUX EXTERNES



* Note : La création d'un dossier se fait ultérieurement si le client est nouveau.

—> Flux physique
- -> Flux d'information

Une première vérification sommaire, incluant l'identification réelle du client, a lieu. Si un doute persiste, on téléphone au service des archives pour obtenir des précisions quant au client. Si c'est un renouvellement non-indiqué, on téléphone au médecin ou à sa secrétaire pour prendre des informations. Si le client n'est pas éligible au service demandé, on le lui indique et il doit s'en aller.

Si le client est dans son droit, on entre sa prescription sur ordinateur, ce qui produit un dossier du client mis à jour et une étiquette d'instructions pour la bouteille. Puis on cherche le médicament choisi, on compte le nombre de pilules prescrites et on les met en bouteille avec l'étiquette produite.

Il faut alors vérifier si le nombre de pilules est exact, si le médicament est le bon et si l'étiquette est bien transcrite. Parallèlement à cette opération, il faut vérifier le dossier de pharmacologie et reclasser ce dossier à jour dans le tourniquet.

Le dossier de pharmacologie devant être vérifié par le pharmacien et initialé par lui, il se produit souvent que le client doive attendre que le pharmacien se libère d'autres tâches. Cela prend parfois beaucoup de temps causant par là un goulot d'étranglement dans le service externe.

La dernière opération se termine bien entendu auprès du client. Il faut lui donner les médicaments en retour du 2 dollars de compensation. On lui fournit alors un reçu en lui demandant s'il a besoin de renseignements sur ses médicaments. Le client semble à ce moment tout à fait à l'aise de poser des questions sur les effets secondaires de sa médication ou sur sa posologie.

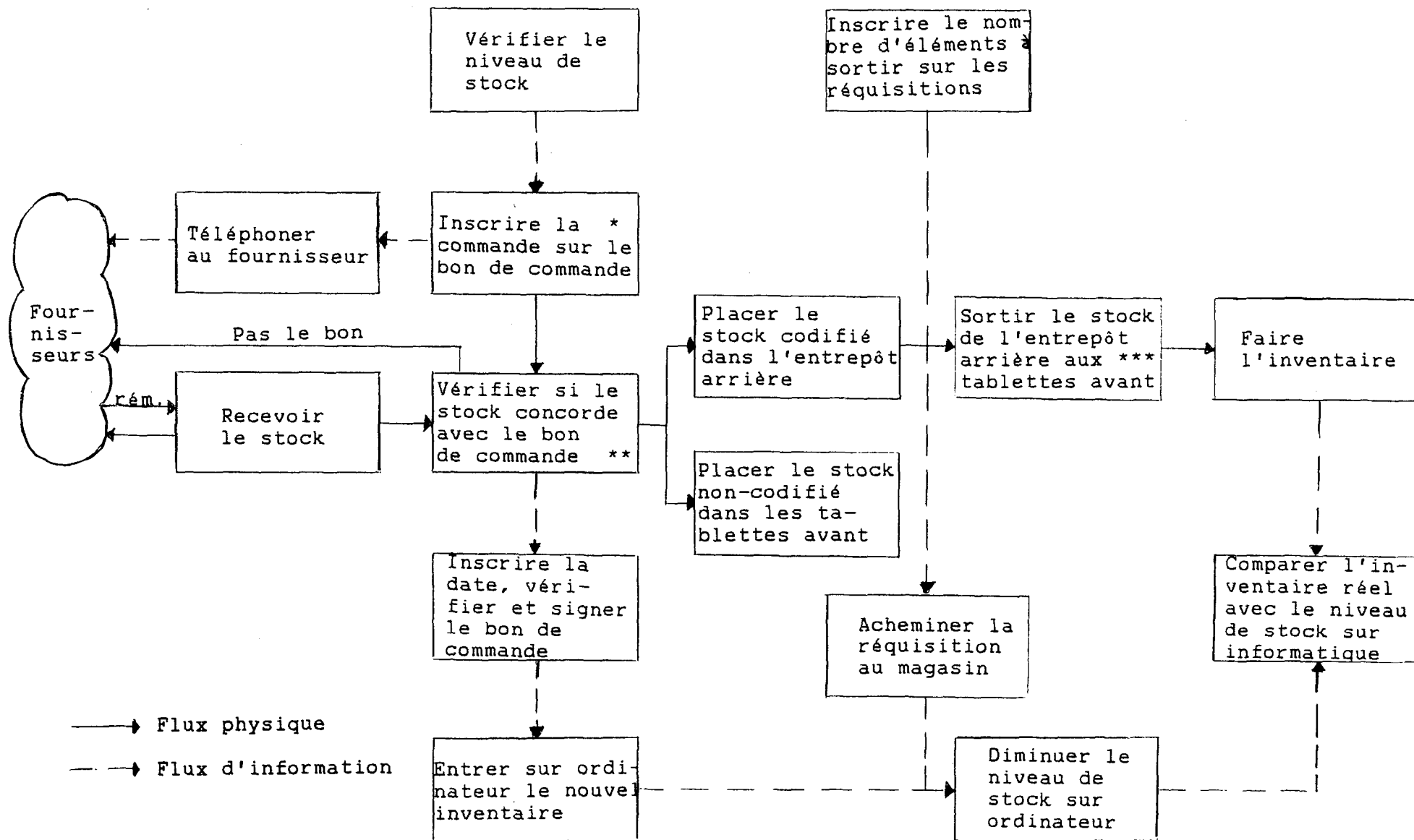
Poursuivons maintenant la description du fonctionnement de la pharmacie par celle de la gestion de l'inventaire. Le pharmacien a en effet eu de récents problèmes avec sa gestion d'inventaire et son exploration nous permettra de mieux comprendre la portée de ces difficultés.

La gestion d'inventaire commence par une vérification du niveau d'inventaire. Cette première vérification est bien souvent refaite pour éviter les erreurs. Suit alors l'inscription des produits manquant sur un bon de commande prévu à cet effet.

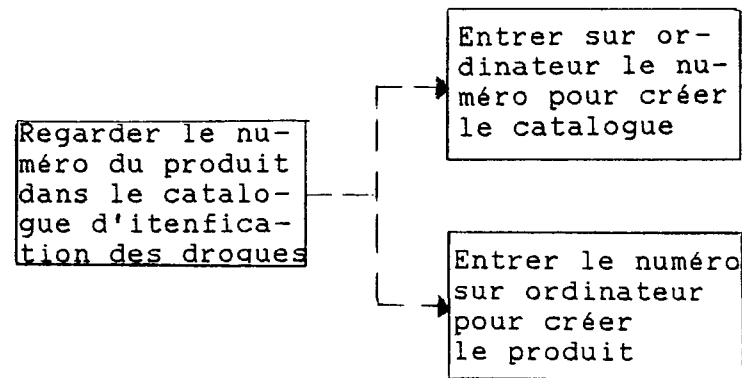
Opérations supplémentaires lors de l'inscription sur le bon de commande s'il s'agit d'un nouveau produit (voir * sur le graphique de gestion d'inventaire).

Si le produit n'a jamais été commandé auparavant, il faut regarder dans le catalogue d'identification des drogues "Food and Drugs" du Canada, le numéro assigné au produit par le ministère. Il faut alors faire une description du produit sur ordinateur pour créer le produit sur le système

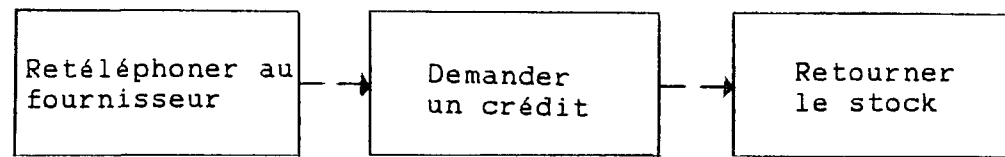
PHARMACIE DE L'HOPITAL
GESTION DE L'INVENTAIRE



* POUR UN NOUVEAU PRODUIT

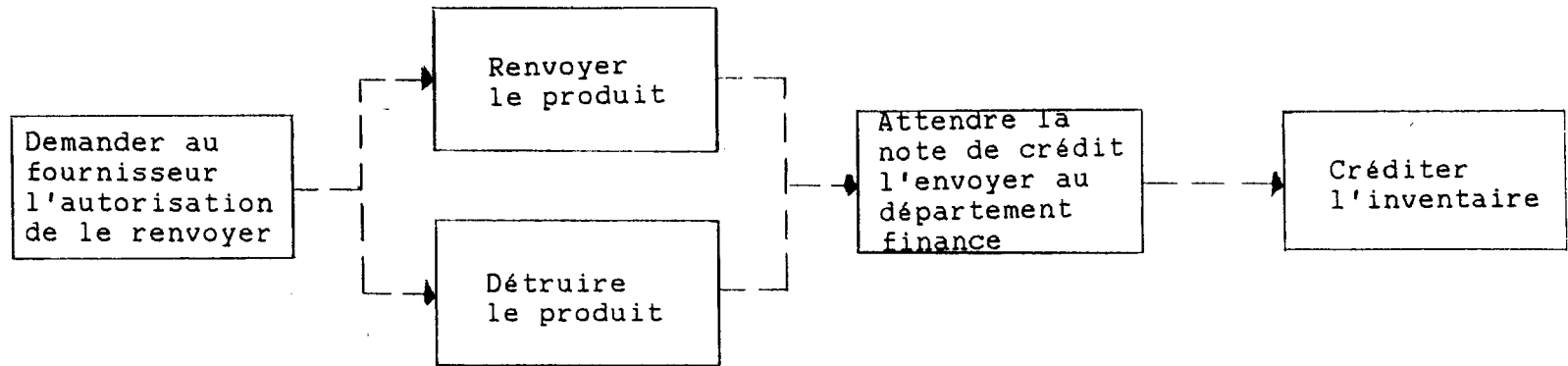


** SI LE PRODUIT RECU N'EST PAS LE BON



————> Flux physique
- - - -> Flux d'information

*** POUR LES PRODUITS PASSES DATE



—> Flux physique
- -> Flux d'information

d'inventaire. Il faut également entrer le nouveau produit dans le catalogue des produits admissibles pour l'hôpital.

Une fois la commande inscrite, il faut téléphoner au fournisseur. Celui-ci nous fait parvenir le stock et on vérifie si ce qu'on a reçu correspond bien à ce qui est inscrit sur le bon de commande.

Opérations supplémentaires si le stock reçu du fournisseur n'est pas le bon (voir ** sur le graphique de gestion d'inventaire).

Si cette situation se produit, on retéléphone au fournisseur pour demander un crédit et on retourne le stock.

Si la commande est correcte, on inscrit la date, on vérifie le bon de commande et on le signe. Il s'agit alors d'entrer ces renseignements sur le nouveau stock en inventaire i.e. sur le terminal du magasin de l'hôpital.

Le stock portant un numéro d'inventaire est ensuite placé dans l'entrepôt de la pharmacie en arrière. Le stock non-codifié, habituellement des produits utilitaires pour les départements, est placé sur les tablettes en avant de la pharmacie.

Le stock de l'entrepôt doit ensuite être transféré vers l'avant de la pharmacie pour l'usage régulier. Il faut alors signer et remplir une réquisition concernant le

produit sorti. On doit aussi laisser la bouteille vidée à proximité de la réquisition pour que quelqu'un d'autre contresigne l'opération.

Le pharmacien, les techniciennes en pharmacie ainsi que les coordonnateurs infirmiers de garde peuvent sortir du stock de l'entrepôt (temporairement, ces derniers n'ont plus le droit). A l'occasion, on oublie de remplir la réquisition préadressée à cette fin. Le candidat qui a le plus de probabilités de faire cette erreur est le pharmacien, puisque cette tâche est principalement réalisée par lui. Cela occasionne des différences significatives entre le niveau de stock théorique et celui trouvé en inventaire matériel. En effet, la réquisition, une fois complétée, est acheminée au magasin pour que le niveau de stock sur ordinateur soit diminué. La comparaison de l'inventaire théorique avec l'inventaire réel est ensuite possible.

Opérations supplémentaires lors du transfert vers les tablettes avant de la pharmacie si les produits sont passés date (voir *** dans le graphique de gestion d'inventaire).

Lorsqu'on sort les produits de l'entrepôt pour les amener vers l'avant de la pharmacie, il peut arriver qu'on détecte des produits dont la date maximale de conservation est dépassée. Il faut alors demander l'autorisation au fournisseur de renvoyer ou de détruire le produit (ce qui est plus fréquent pour les solutions). Le pharmacien suit les recommandations du fournisseur; il attend la note de

crédit pour ensuite en tenir compte dans les opérations de paiement puis il crédite l'inventaire du bien renvoyé ou détruit.

De la description détaillée du processus de gestion d'inventaire, on peut retenir que parmi les nombreuses opérations manuelles, une des sources possibles d'erreurs se situerait dans l'acte de compléter la réquisition de marchandises.

Une fois ces premiers symptômes identifiés, il s'avère de première importance de comprendre quelles sont les ressources disponibles à la pharmacie et qui sont les acteurs permettant son fonctionnement. Les problèmes et autres éléments d'intérêt dans la problématique sont encore une fois abordés au fur et à mesure.

3.9 LES RESSOURCES

3.91 RESSOURCES FINANCIERES

Les ressources financières de la pharmacie sont déterminées à l'intérieur d'un processus de répartition budgétaire des différents départements de l'hôpital. Le directeur des services hospitaliers présente une demande annuelle de budget au directeur des finances de l'institut pour tout ce qui est service direct au bénéficiaire. D'année en année, le budget demandé augmente habituellement du taux d'augmentation prévu par le ministère.

Puis le budget obtenu est distribué aux différents services dont la pharmacie. Chaque service obtient habituellement le pourcentage d'augmentation accordé par le ministère.

Soulignons que le budget de la pharmacie se solde depuis deux à trois ans par un déficit. Il peut être attribué à l'augmentation des coûts en médicaments et aux pertes en inventaire. A noter que les différences entre l'inventaire réel et l'inventaire théorique constituent les pertes d'inventaire. Les pertes d'inventaires sont suffisamment importantes pour que les gens impliqués dans la gestion de la pharmacie aient décidé, d'un commun accord, de mettre en oeuvre des démarches temporaires de contrôle (utilisation du terminal du magasinier et restriction de l'accès au stock en inventaire).

3.92 LA TECHNOLOGIE

Pour traiter les prescriptions, on loue du temps ordinateur à une entreprise de Québec. L'entreprise se charge d'améliorer les programmes utilisés pour les rendre plus adéquats et plus faciles d'accès. La mise en marche des écrans cathodiques pour entrer sur le système central demande parfois du temps, ce qui retarde tout le processus d'exécution des ordonnances. De plus, l'utilisation simultanée de deux (2) écrans ralentit la vitesse d'exécution. Ces dernières limites sont inhérentes au système à moins qu'on ne rajoute de l'espace-mémoire pour améliorer la rapidité.

On se sert également d'un autre système informatisé pour la gestion de l'inventaire. On peut y accéder par les terminaux de la pharmacie. Comme ces derniers sont souvent occupés, on utilise le terminal du magasinier de l'institut, d'autant plus que ses connaissances du système peuvent être utiles.

3.93 LES RESSOURCES HUMAINES

Une des problématiques principales de la pharmacie a trait à sa stratégie de développement en ressources humaines. En ce sens, la description des ressources humaines est faite au moyen d'une rétrospective des activités de la pharmacie.

L'institut hospitalier existe depuis octobre 1973 et la pharmacie est, bien entendu, née au même moment. Son but

premier était à cette époque de fournir les clients en médicaments. Elle était opérée par deux (2) techniciennes en pharmacie et un pharmacien venait une fois par jour faire les vérifications de dossiers et de prescriptions.

Une des deux techniciennes était Mme Lajoie. L'apprentissage de ce métier se faisant sur le tas, Mme Lajoie travaillait à un autre hôpital où elle venait de passer huit (8) années dans sa carrière. Expérimentée et chevronnée, elle constitue aujourd'hui un pôle majeur dans le fonctionnement de la pharmacie.

La loi sur les services de santé et des services sociaux imposa, vers les années 1978, l'emploi d'un pharmacien à temps complet. Cela constituait automatiquement un changement dans la mission de la pharmacie qui n'agissait qu'à titre de pourvoyeur de médicaments auparavant. On congédia donc une technicienne en pharmacie à temps complet.

Le pharmacien embauché est M. Tremblay. M. Tremblay avait à son crédit plusieurs années d'expérience dans un grand hôpital. Il accepta le poste comme un défi à relever. Pharmacien avec des connaissances à jour, M. Tremblay introduisit il y a quelques années un système informatisé de traitement des prescriptions.

Introduire l'ordinateur provoque généralement bien des résistances au changement. Cela semble être le cas ici, car la plupart des personnes interrogées ont parlé du pharmacien

comme d'un agent de changement. Utilisant un style de gestion amical, il laisse les employés responsables de leur gestion du temps. Les tâches routinières ont bien été délimitées auparavant. Ce style de gestion est perçu par le directeur des services professionnels et par certains infirmiers comme un manque de rigueur.

3.10 LE SYTLE DE GESTION

Monsieur Tremblay soutient le concept de "pharmacie moderne" tel que décrit dans des revues pharmaceutiques comme le *American Journal of Hospital Pharmacy* 31, i.e. que le pharmacien agit aussi à titre de conseiller au client.

Il s'implique dans différents comités à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital: il préside le comité de pharmacologie qui se réunit une fois par mois, pour une durée d'une heure; il fait également partie du comité des médecins et dentistes se réunissant une fois par deux mois, trois heures durant pour veiller à la qualité des soins; il participe également aux trois ou quatre réunions par an d'un conseil des centres hospitaliers et aux réunions d'un groupement d'achats au niveau provincial. Nous examinerons plus loin les relations entre la pharmacie et le comité des médecins et dentistes.

31 HARVEY, A.K. Whitney (1984), *Old Dreams, Young Hopes*, *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 41, August 1984, p.1532.

La pharmacie traite de plus en plus de prescriptions grâce à l'informatique. Parallèlement, le fardeau de travail augmenta aussi. On accommodait de plus en plus de pavillons extérieurs (aujourd'hui il y en a quatre (4)) ce qui ajoutait au travail; il fallait également préparer les envois postaux. On ajouta alors un autre poste de technicienne en pharmacie à temps partiel. La première postulante à ce poste ne rejoignit pas les critères de productivité fixés par le pharmacien.

La seconde postulante à ce poste (son emploi n'est pas encore certain) est Mme Hertel. Elle est à l'essai depuis sept (7) mois. Son degré d'autonomie encore insuffisant et le nombre d'erreurs assez élevé qu'elle réalise font dire au pharmacien qu'elle semble encore en phase d'apprentissage des raffinements de la tâche.

3.11 LE CLIMAT ORGANISATIONNEL

Le climat organisationnel à l'intérieur de la pharmacie en est un de détente. Le pharmacien ayant confiance en ses employées, il les laisse aller sans leur imposer de délais pour les tâches ni d'horaires précis: il les considère responsables. La communication entre les techniciennes et le pharmacien se fait librement et les résolutions de conflits ne traînent habituellement pas. Mais l'ambiance de fond masque le fait que les employées aimeraient parfois avoir à travailler avec des délais précis. Certaines tâches sont pour l'instant plus ou moins effectuées (inventaire de

l'armoire des narcotiques, changements des listes de prix,...) ou avec beaucoup de retard. Même si les techniciennes de la pharmacie pensent avoir un horaire plus que rempli, on signale d'autre part, qu'on apprécierait se voir donner des dates d'échéance pour certaines de ces tâches à plus long terme.

Le pharmacien se sent perçu comme un initiateur de changements causant certains troubles aux routines des autres départements de l'hôpital. Se sentant brimé dans la résolution des besoins de la pharmacie, il a développé certaines lignes dures dans les politiques de fonctionnement. Cela n'a pas été pour améliorer les relations avec les différents départements. De là, les relations avec les responsables de la pharmacie au niveau de la gestion de l'hôpital se sont encore aggravées.

3.12 RELATIONS PHARMACIE-COMITE DES MEDECINS ET DENTISTES (C.M.D.)

De par la tâche qu'on attribue au pharmacien, ce dernier doit participer au comité de pharmacologie et au comité des médecins et dentistes. Ce deuxième comité représente le lien officiel de la pharmacie avec la direction de l'hôpital. Toutefois, examinons comment ce lien se fait réellement.

Tout ce qui concerne les décisions pouvant avoir un impact administratif fait l'objet de recommandations du comité des

médecins et dentistes au comité de régie. De ce comité, le pharmacien ne peut faire partie puisqu'il est composé des directeurs de service de l'hôpital. Il est toutefois représenté par son directeur des services professionnels. Les relations entre le pharmacien et son directeur des services professionnels n'existent toutefois que sur papier. La discussion entre ces deux derniers est très difficile. D'un autre côté, l'association des pharmaciens d'hôpital (l'A.P.E.S.) ne permet pas que les pharmaciens d'hôpital soient nommés cadres; ils perdraient alors leurs privilèges reliés à l'ordre des pharmaciens.

Le comité de régie doit alors émettre des recommandations au Conseil d'Administration de l'Hôpital qui prend la décision finale.

Les décisions pouvant avoir un impact administratif sur la pharmacie échappent dès lors au pharmacien comme si c'était de l'information étrangère. Son influence au niveau de la prise de décisions ayant un impact sur la pharmacie s'en trouve donc fort amoindrie.

Bien plus, même au niveau du comité des médecins et dentistes lui-même, le pouvoir du pharmacien est relativement faible.

Les réunions de tous ses membres (13 médecins et 1 pharmacien) prennent les décisions les plus importantes, i.e. celles qui demandant une consultation générale. Les

décisions de routine sont référées à l'exécutif. La majorité des décisions sont prises par l'exécutif. Le pharmacien ne peut faire partie de ce comité exécutif.

Mentionnons que le directeur général fait partie de l'exécutif. Cependant, il ne peut faire partie du comité des médecins et dentistes. Alors, il n'y a aucun contact officiel et direct entre le pharmacien et le directeur général. Le directeur des services professionnels est vu par les médecins comme ayant un rôle de liaison entre le comité des médecins et dentistes et les différents services et départements de l'hôpital. Ce directeur a également pour rôle d'implanter les décisions relatives à son niveau et d'harmoniser ces politiques lorsqu'elles s'adressent aux différents départements et pavillons. Le directeur représente donc en principe la pharmacie, mais il ne faut pas oublier que ses relations avec le pharmacien sont tendues et qu'il fait partie de la force dominante: les médecins.

Les médecins sont au nombre de treize (13) sur ce comité des médecins et dentistes par rapport au seul pharmacien. Comme les clients sont référés à des dentistes seulement pour des consultations occasionnelles, il n'y en a pas qui fasse partie de ce comité.

Malgré l'accueil un peu froid des médecins pour le pharmacien lorsqu'il est entré dans ce comité, sa présence semble maintenant laisser les médecins indifférents. On lui

reproche parfois d'être un peu trop théorique. Toutefois, les médecins pensent que le pharmacien n'a pas le droit de refuser l'ordonnance à moins d'un risque important pour le client. Selon eux, le médecin devrait avoir le dernier mot dans le soin d'un patient.

Les médecins se demandent si le législateur n'est pas en train de faire du comité des médecins et dentistes un comité de réunion où tous les spécialistes intervenant dans l'hôpital seront présents. Le comité consultatif au directeur général devait pourtant jouer ce rôle. Un seul représentant pour les médecins y est permis. Mais, il semble que ce comité soit plus ou moins fonctionnel.

On ne perçoit pas les revendications du pharmacien comme entrant dans la tendance récente qu'ont les pharmacies d'hôpital à augmenter leur champ de pouvoirs à l'intérieur des instituts où ils se trouvent. L'hôpital étant petit, la pharmacie n'a qu'un seul pharmacien. On ne considère pas la pression très significative. On accepte les changements lorsque la loi de la régie l'impose. En conséquence, la participation des pharmaciens à l'exécutif ne peut se faire que si la loi l'autorise. Les médecins se disent que, de toute façon, plusieurs questions discutées n'ont aucune signification pour celui-ci.

Les seules lignes directrices sont donc fournies par la loi régissant les pharmacies d'hôpital et ses modifications. Les médecins ne semblent pas vouloir négocier dans chacun

des hôpitaux, des aménagements qui pourraient toucher à quelques-uns de leurs pouvoirs. Seuls les changements imposés par la loi sont acceptés par cette force majeure que constitue les médecins.

Selon Young et Saltman (1985), il existe une influence centrale sur les décisions d'un professionnel qui est la pression des pairs à se conformer à des standards établis de la pratique professionnelle 32. Comme le comité des médecins et dentistes est composé essentiellement de médecins, il est fort probable que ces pressions jouent.

Il faut aussi souligner que la perception des médecins semble refléter une différence de statut professionnel entre leur profession et celle des pharmaciens. Cette réflexion permettra d'ouvrir des voies de recherche concourantes lors de la conclusion du mémoire.

3.13 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS IDENTIFIÉS DANS LE DIAGNOSTIC ET LIENS POSSIBLES

Éléments possiblement reliés à la faculté d'organisation du travail du pharmacien

- Lacunes au niveau du contrôle des stocks (remplir les réquisitions de sortie du stock);
- transmissions informelles au lieu de formelles aux départements (pour informer des changements de compagnie);

32 YOUNG, David W. et Saltman, Richard B. (1985), The Hospital Power Equilibrium Physician Behavior and Cost Control, The John Hopkins University Press, Baltimore et Londres, p.42.

- échancier manquant pour les tâches à plus long terme des techniciennes en pharmacie.

Eléments possiblement reliés à une tâche de travail trop volumineuse

- Manque de temps pour modifier le dossier de pharmacologie;
- certaines activités d'amélioration de la pratique pharmaceutique ne peuvent être réalisées;
- délais parfois importants dans le service aux externes, aux pavillons ou cas d'exception internes - le pharmacien doit accomplir d'autres tâches que la vérification et l'approbation des médicaments, ce qui fait que ses heures de disponibilité ne correspondent pas aux heures d'ouverture affichées;
- des erreurs de comptage subsistent malgré le processus de sélection-vérification.

Eléments possiblement reliés à l'exclusion de la pharmacie du processus des décisions stratégiques

- La pharmacie ne contrôle pas le nombre de départements auxquels elle doit subvenir, on l'avise simplement;
- un manque de communication entre le directeur des services professionnels et le pharmacien fait que la pharmacie est mal représentée pour l'aspect administratif dans la négociation avec l'hôpital (que ce soit pour le comité de régie, le comité des médecins et dentistes ou son exécutif);
- le pharmacien entretient des doutes sur le fait que les infirmiers ou médecins donnent les renseignements sur les médicaments aux patients des départements et pavillons de l'hôpital - cela crée des tensions;
- la pharmacie maintient certaines lignes dures dans ses politiques de service - cela ajoute aux tensions;
- le système informatique pour les prescriptions ralentit parfois la tâche des techniciennes en pharmacie car il est rendu à la limite.

3.14 SELECTION DU GOULOT D'ETRANGLEMENT

Maintenant que nous avons regroupé les symptômes autour de trois (3) problèmes, nous tenterons d'en déterminer le plus important. Pour ce faire, nous repasserons les faiblesses de la pharmacie en expliquant les raisons qui nous amènent à ne pas les choisir comme goulot d'étranglement.

Le service aux internes implique des relations entre la pharmacie et les différents responsables des départements de l'hôpital. Les erreurs dans les médications se rendant jusqu'aux départements et l'heure de réception des médicaments constituent des entraves au service aux internes. Les médicaments leur parviennent aux environs de 16h00 et cela correspond au moment où il y a moins de personnel dans les départements.

La durée de la routine empêche aussi l'accomplissement de certaines tâches dont la mise à jour de l'informatique, la mise à jour des prix dans les catalogues, l'inventaire de l'armoire des narcotiques, ... Un manque de temps existe également pour la formation du personnel, la préparation du comité de pharmacologie, le dossier de pharmacologie.

Quoique l'accomplissement de tâches routinières empêche aussi le service rapide au client (il se présente n'importe quand durant le jour) il s'agit d'une limite inhérente au système. Les heures de présence du pharmacien à la pharmacie viennent aussi causer certains goulots

d'étranglement dans le service aux externes (ou même aux internes, cas d'exception). Ces carences dans le fonctionnement de la pharmacie font vraisemblablement partie des symptômes d'un problème plus profond relié à la possibilité d'autodétermination de la pharmacie. Ces faiblesses de fonctionnement ne constitueront donc pas notre priorité.

La gestion des stocks laisse aussi deviner certaines erreurs lors de la sortie du stock en inventaire: on oublie probablement de l'inscrire sur la réquisition. Cela transparait lors de la comparaison de l'inventaire théorique et de l'inventaire réel. Toutefois, des mesures temporaires de contrôle de l'inventaire sont à l'essai et on semble s'entendre sur le fait qu'il faut remédier à cette situation. Nous ne choisirons donc pas ce problème comme prioritaire.

La différence marquée entre la tâche théorique et la tâche réellement accomplie par le pharmacien semble démontrer un manque de ressources accordées à la pharmacie. Pourquoi n'y en a-t-il pas suffisamment? Cela dépend de ce que l'on considère faire partie de la mission de la pharmacie. Ce débat semble absent présentement. Il n'y a pas non plus de priorités clairement établies. La pharmacie de l'hôpital a quand même fonctionné un bon moment avec deux techniciennes en pharmacie et un pharmacien à temps partiel. Selon l'optique du pharmacien, la mission de la pharmacie, à cette

époque, se limitait à celle d'un fournisseur de médicaments pour l'hôpital.

La loi ayant imposé l'engagement d'un pharmacien à temps complet, on coupa un poste de technicienne en pharmacie, espérant voir une part de sa tâche remplie par le pharmacien. Le pharmacien occupa effectivement cette tâche grâce au gain de productivité que lui permettait d'avoir l'informatique. La demande de services s'intensifia et le pharmacien demanda du personnel supplémentaire.

Selon le pharmacien, répondre adéquatement au besoin signifie jouer le rôle de pharmacie d'hôpital moderne i.e. un rôle de contrôleur de la fonction pharmaceutique à l'intérieur de l'hôpital.

C'est donc dire que pour le directeur des services professionnels, le service (dépendamment des tâches qu'on y englobe et de celles qu'on dit prioritaires) est adéquat alors que pour le pharmacien, il se détériore. La présence du pharmacien sur le comité des médecins et dentistes, dont les médecins font peu de cas d'ailleurs, ne permet pas à la pharmacie d'être bien représentée. La majorité des décisions se prennent sur le comité exécutif et le pharmacien est représenté sur ce comité par le directeur des services professionnels.

Par surcroît, les décisions ayant une incidence administrative se prennent sur le comité de régie ou font

l'objet de recommandations au conseil d'administration de l'hôpital. La pharmacie est également représentée par le directeur des services professionnels sur ce comité. Et les relations entre le pharmacien et le directeur des services professionnels sont très difficiles.

La pharmacie se sent donc exclue des décisions stratégiques la concernant. Elle n'a pas non plus de mission claire lui permettant de se frayer un chemin parmi ces obstacles. Les seules lignes directrices sont fournies par la loi régissant les pharmacies d'hôpital qui change lorsque le législateur le veut bien. Ces changements dans la ligne de conduite de l'hôpital sont pratiquement les seuls acceptés par la force majeure que constitue les médecins.

Nous choisissons donc ce dernier problème comme étant le goulot d'étranglement. En effet, la mission imprécise de la pharmacie alliée à une exclusion du pharmacien du processus de décisions stratégiques provoquent une démotivation découlant de l'incompréhension. La résolution de ce problème contribuera probablement à calmer les malaises opérationnels et l'incompréhension entre les administrateurs de l'hôpital pour la pharmacie, les infirmiers et autres corps disciplinaires de l'hôpital en contact avec la pharmacie.

A cet égard, il faut noter qu' Humphrys et O'Brien (1986) avaient souligné que les pharmaciens d'hôpital avaient tendance à se percevoir une influence moindre dans

l'exercice de leurs fonctions. Si l'on peut améliorer quelque aspect que ce soit à ce problème, la satisfaction du pharmacien risque fort d'augmenter avec tous les bienfaits prévisibles.

Il faudra donc choisir entre une participation de la pharmacie aux décisions stratégiques la concernant et une mission clairement définie lui permettant de se frayer un chemin à travers les changements imposés par la conjoncture.

Examinons maintenant comment il est possible de répondre à la problématique sélectionnée.

QUATRIEME PARTIE

Cette partie permet de prendre un peu de recul face à la situation et d'entrer en phase de recherche pour apporter des suggestions à l'entreprise.

En premier lieu, on identifie le système d'activités directement lié au problème qu'on a choisi de résoudre. Cette définition inclut la perspective selon laquelle le problème choisi sera traité (ancrage). Cette démarche est réalisée de paire avec notre client.

En second lieu, on procède à une vérification développée par Checkland pour s'assurer de la performance du système identifié. En troisième lieu, un rappel des théories est réalisé pour développer, en quatrième lieu, un modèle théorique visant à remplacer la fonction déficiente. Ce modèle devra tenir compte des éléments essentiels de la situation et permettre d'identifier de nouvelles règles du jeu.

Cinquièmement, nous comparons le modèle ainsi défini avec ce qui existe réellement dans l'organisation pour définir les changements souhaitables et réalisables. Ces changements prévus résultent aussi de discussions avec le client (la direction de l'institut). En effet, les changements choisis doivent être bien acceptés et compris pour une meilleure application future. Cette démarche apporte parfois un éclairage différent au problème.

Sixièmement, nous définissons un plan d'action accepté par tous pour favoriser une meilleure implication des gens en présence. L'application de ce plan d'action fait ensuite changer la vie d'entreprise. Cette constante évolution de l'entreprise fait qu'il est alors possible de redéfinir une nouvelle problématique. Celle-ci conduit à une nouvelle analyse, à de nouvelles solutions, et ainsi de suite.

4.1 CHOIX DU SYSTEME PERTINENT

Le système de gestion stratégique de la pharmacie de l'hôpital est formé d'un ensemble d'activités permettant aux intervenants de suivre l'évolution dans les performances de la pharmacie, de voir l'évolution des besoins de l'hôpital et de formuler une réponse à ces besoins tout en tenant compte des exigences pratiques d'une saine gestion. Ce système de gestion doit aussi permettre la négociation de priorités claires qui permettront des choix de gestion éclairés au gestionnaire-pharmacien lorsque la pharmacie manque de ressources. Le tout devra s'effectuer dans le respect de l'objectif de mieux satisfaire la clientèle de la pharmacie.

Il s'agit en fait de clarifier la mission de la pharmacie pour positionner les gens qu'elle affecte et d'instituer un mécanisme de participation de la pharmacie pour l'ajustement de sa mission. La démarche s'inscrit dans un processus de remise en question des méthodes de gestion de la pharmacie.

Le tout est dans le but avoué de rendre la pharmacie plus efficace et opérationnelle.

4.2 VALIDATION DE LA DEFINITION

Une définition de système performant comprend les six éléments suivants, selon Checkland 33:

33 PREVOST, Paul (1983), Le Diagnostic-Intervention: une Approche Systémique au Diagnostic Organisationnel et à la Recherche-Action, Laboratoire d'études économiques et régionales, Université du Québec à Chicoutimi, p.47.

Propriétaire du système: Ministère des Affaires Sociales

Environnement: La clientèle de l'hôpital

Client du système: La direction de l'hôpital
- directeur général
- directeur du personnel

Transformation: Suivre l'évolution,
formuler une réponse,
donner des guides.

Acteurs: Directeurs des services
professionnels
Pharmacien
Directeur général
Directeur du personnel
Tous les autres participants
au conseil d'administration,
au comité de régie

Point de vue: Amélioration de l'efficacité et
remise en question des méthodes de
gestion de la pharmacie.

Notre définition comporte donc les éléments mentionnés et nous essaierons de les préciser dans les pages qui suivent.

4.3 CONCEPTUALISATION

La planification stratégique existe à l'intérieur même de toute entreprise, qu'elle soit définie sur papier (comme dans le cas des grandes organisations bien structurées) ou qu'elle soit dans la tête du propriétaire-dirigeant (comme dans le cas de plusieurs P.M.O. artisanales).

Dans ce dernier cas, le lien entre la conceptualisation de la stratégie et son application est relativement court. Il peut pourtant s'y produire des problèmes de mise en application. En outre, dans la plus grande organisation, la perception de la stratégie peut longtemps rester imprécise pour certaines parties de l'organisation.

La littérature frôle ce thème lorsqu'elle aborde l'opérationnalisation des objectifs généraux de la firme en objectifs spécifiques pour les départements. Un autre aspect du sujet est traité lorsque certains auteurs parlent de mettre par ordre de priorité des objectifs. Selon eux, il faut mettre en évidence au maximum un (1) ou deux (2) objectifs pour avoir plus de chance de les atteindre. Il faut aussi bien les faire connaître à tous les gens impliqués par cette décision.

Glueck et Jauch soulignent : "Si le processus de choix d'une stratégie se veut efficace, il se doit d'aller main dans la main avec le processus de sa mise en application." 34

Les constatations trop peu nombreuses des auteurs ne peuvent nous permettre l'élaboration d'un modèle général. Nous nous contenterons donc d'un modèle adapté à la gestion stratégique de la pharmacie d'hôpital.

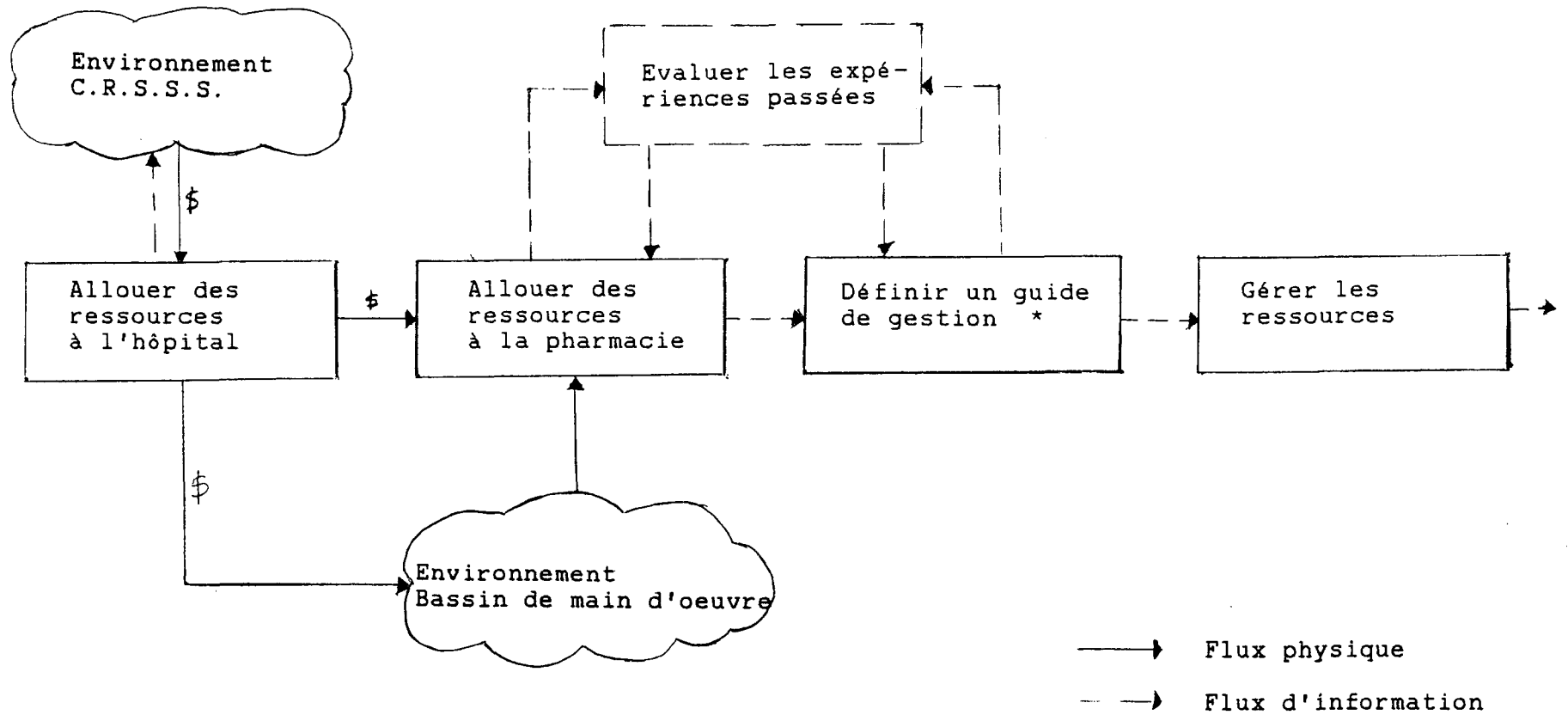
4.4 SCHEMA D'UN SYSTEME DE PRISES DE DECISIONS STRATEGIQUES POUR LA PHARMACIE DE L'HOPITAL

Le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux reçoit un budget du Ministère des Affaires Sociales. Il lui faut le répartir entre les différents établissements de santé régionaux. Dans ce cas particulier, il fournit une enveloppe budgétaire à l'hôpital qui nous préoccupe.

D'un côté, la pharmacie reçoit un budget qui lui permet de payer ses fournitures et approvisionnements en médicaments (elle en garde la responsabilité). D'un autre côté, l'hôpital paie le personnel qui oeuvre à la pharmacie et décide donc des ressources disponibles. A ce titre, le directeur général et le directeur du personnel de l'hôpital se voient impliqués dans la gestion de la pharmacie. Ils constituent notre client pour cette intervention.

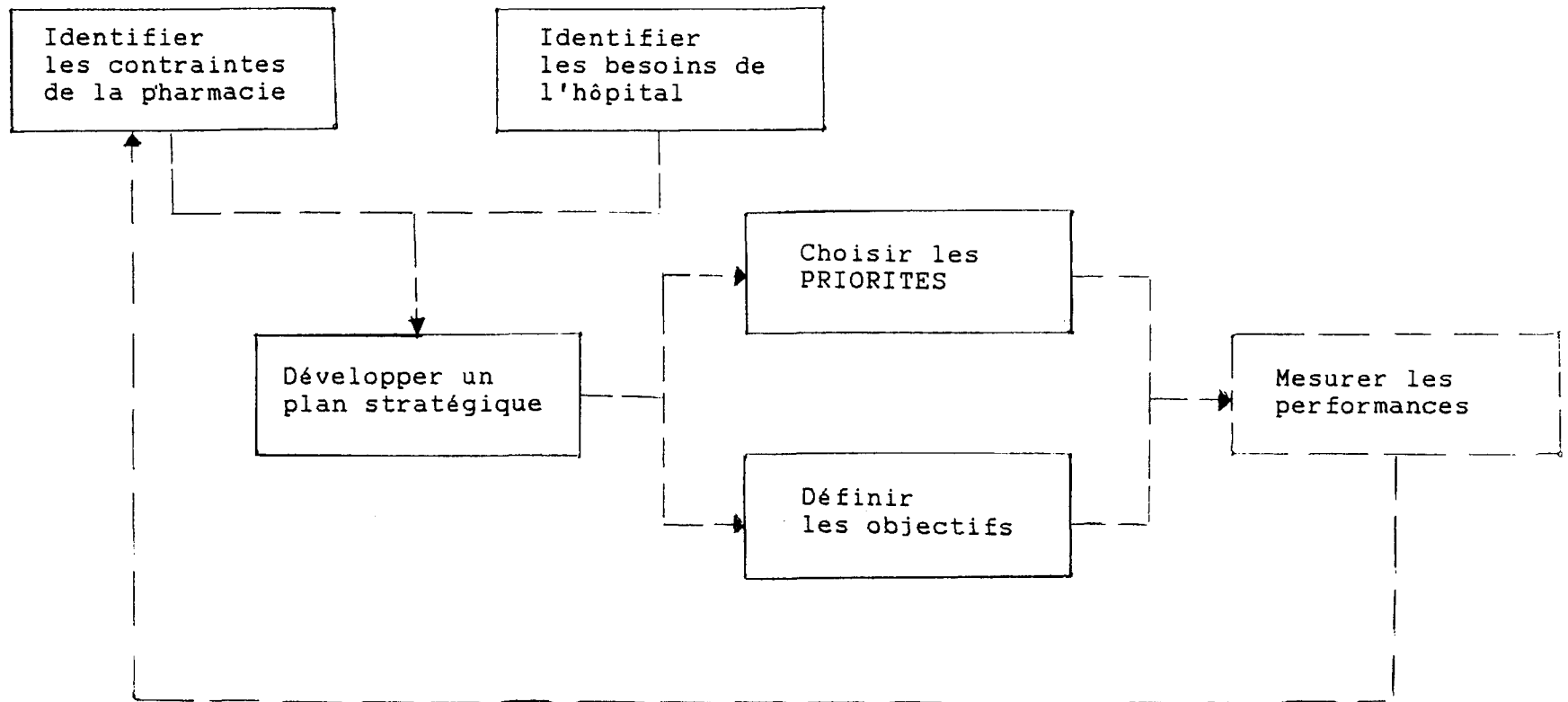
34 GLUECK, William F. and Jauch, R. (1984). Business Policy and Strategic Management. McGraw-Hill Company, New York, 1984, p.311.

MODELE CONCEPTUEL D'UN SYSTEME DE PRISE DE DECISIONS
STRATEGIQUES POUR LA PHARMACIE DE L'HOPITAL



* DEFINIR UN GUIDE DE GESTION

—> Flux physique
- -> Flux d'information



Boucle de contrôle

Cette distribution des ressources s'effectue en tenant compte des performances passées et des rendements antérieurs. Elle s'effectue ainsi pour chaque département de l'institut.

Etant donné les quantités de ressources disponibles et les performances passées, il apparaît opportun de définir un guide de gestion.

La définition d'un guide de gestion doit d'abord inclure l'identification des contraintes reliées à la pharmacie (autant quantitatives que qualitatives) puis l'identification des besoins de l'hôpital. Cette dernière étape devra faire participer les représentants de tous les groupes impliqués dans cette gestion stratégique tels que:

- le directeur général (administration);
- le directeur des services professionnels (médecin et administration);
- le directeur du personnel (administration); et tel que discuté précédemment
- le pharmacien gestionnaire.

Cette confrontation entre les contraintes de la pharmacie et les besoins de l'hôpital (même si ce sont des besoins prévus) permet le développement d'un plan stratégique accepté par les groupes (médecins, pharmaciens et gestionnaires). De ce plan devraient se dégager des

objectifs (ou activités) clairs et précis (quantifiés si possible). Il faut dresser un ordre de priorité ou choisir l'objectif ou les deux objectifs les plus importants (s'ils n'entrent pas en contradiction). Ces priorités indiquent une direction à prendre lorsqu'on manque de ressources ou lorsqu'on veut optimiser l'utilisation des ressources.

Pour chaque objectif (ou activité), un moyen de mesurer la performance (qu'il soit quantitatif ou qualitatif) sera identifié par les participants et un temps sera choisi pour voir si on atteint les buts fixés. Pour prévenir les contraintes ou besoins qui changent, on devra définir les services dont on peut diminuer la performance et jusqu'à quel niveau on peut les laisser descendre sans menacer la vocation même de la pharmacie.

4.5 LIEUX ET CHANGEMENTS POTENTIELS

C'est la planification stratégique qui permet d'engager diverses actions nécessaires à la réussite de l'entreprise. Il est bien entendu que l'idéal voudrait que toute planification stratégique soit quantifiée et sous forme de paramètre. Cependant, plusieurs données sont sujettes à la conjoncture, à l'interprétation, à une vision du développement qui se prête mal à une caractérisation du type quantitatif.

D'autre part la présence des trois (3) groupes avec des intérêts distincts et la tendance citée précédemment qu'ont les individus à se confirmer aux standards de fonctionnement de leur groupe nous font penser qu'il leur faudra passablement de discussions. En conséquence, nous suggérons la réunion mensuelle des responsables pré-cités.

Cette réunion mettra en application les activités suggérées à l'intérieur du modèle précédent. Les rencontres initiales devraient dans un premier temps mettre l'accent sur la définition claire de la mission d'une pharmacie d'hôpital bien gérée compte tenu des ressources disponibles. Cette dernière étape est absente dans les activités de planification stratégique actuelles.

Le choix des indicateurs de performance constitue un point essentiel à développer dans le nouveau système de planification stratégique et les partenaires devront

s'entendre sur leur pertinence et leur niveau minimum (ou les indices permettant de conclure qu'on ne respecte plus la mission de la pharmacie). Ils contribuent aussi à passer de la planification stratégique à la gestion stratégique de la pharmacie.

De ces réunions devraient se dégager un cadre stratégique de gestion pour la pharmacie accepté par les représentants des trois (3) groupes en présence (médecins, pharmaciens et administrateurs). Les réunions subséquentes devraient donc fournir des rapports synthèses qui permettent de visualiser l'état de gestion de la pharmacie. Si certains symptômes à l'effet qu'on ne respecte plus les minimums pour les indicateurs de performance se présentent, il faut prendre des mesures pour ajouter des ressources à la pharmacie ou renégocier sa mission.

Les attitudes des intervenants devraient aussi se modifier au fur et à mesure qu'on gère de cette nouvelle façon.

4.6 IMPLANTATION

Au moment où la présente étude a été faite, le pharmacien se préparait à prendre un congé d'une année sans solde. Tour à tour, il a été remplacé par des pharmaciens d'un autre hôpital. Le problème qu'on a retenu lors du choix du goulot d'étranglement ne s'est point manifesté. C'était à prévoir car, selon l'ancrage choisi, la courte période sur laquelle intervenait les pharmaciens remplaçants n'était pas

suffisante pour qu'ils se sentent comme faisant partie de l'organisation et qu'ils réagissent à un problème de cette sorte.

L'administration de l'hôpital a subi une réorganisation en juin 1986. Quelques dirigeants de l'hôpital ont échangé leur poste, quelques-uns sont partis, mais le directeur des services professionnels ainsi que le pharmacien sont restés en poste. Cette réorganisation n'a donc pas touché la pharmacie.

Le pharmacien est revenu de son congé sabbatique en juillet 1986. Les cinq derniers mois de 1986 ont toutefois servi à laisser retomber la poussière après cette réorganisation.

Au cours des premiers mois de 1987, le directeur du personnel a organisé une rencontre entre le directeur des services professionnels et le pharmacien. Les relations humaines et la communication ont été beaucoup améliorées, mais tout n'est pas parfait. Les principaux intervenants s'attendent à voir ressurgir le problème de mission de la pharmacie. L'implantation d'un comité de gestion permettant de clarifier la mission de la pharmacie devrait être proposé pour l'automne 1987, soit après que les derniers effets de la réorganisation devraient se faire sentir.

Ce comité doit donc voir à :

- définir le plus clairement possible la mission de la pharmacie d'hôpital dans le contexte de disponibilité des ressources.

- lister les activités qui permettent de respecter cette mission (choix des indicateurs).
- S'entendre sur le niveau minimal de chacun des indicateurs qui permet de satisfaire à la mission convenue.
- Permettre au pharmacien de faire valoir un plan de fonctionnement qui respecte ces indicateurs. L'accepter.
- Evaluer si les ressources nécessaires sont disponibles. Sinon, faire les démarches nécessaires au niveau administratif.
- Evaluer si le rapport sur le niveau d'activités de la pharmacie satisfait au niveau minimum convenu pour chaque indicateur selon cette mission.
- Sinon, faire les démarches administratives pour ajuster les ressources de la pharmacie ou réévaluer la mission de la pharmacie.

CINQUIEME PARTIE

REFLEXION METHODOLOGIQUE

5.1 APPLICATION DE LA METHODOLOGIE

La méthodologie de Checkland a permis une approche très flexible pour aborder l'entreprise. Elle a permis d'éviter le piège du mandat de départ soit l'étude de temps-mouvement qui avait été commandée. Cette dernière laissait sous-tendre une erreur dans la gestion au niveau de la productivité. Toutefois, au lieu de constituer la base du problème principal, elle figeait déjà un point de vue dominant.

Le diagnostic de départ présente au consultant le défi de rester le plus neutre possible dans l'évaluation de la situation. Ceci se fait en identifiant le point de vue de chacun des intervenant de l'entreprise. Le piège du spécialiste qui trouve au premier abord plus facilement un problème relatif à sa discipline est ainsi évité. Il faut choisir le problème principal parmi tous les problèmes localisés. Cette démarche permet aussi de remonter au "problème source".

La méthode implique aussi de détecter dès le départ tout trouble qui dépasserait le cadre du diagnostic intervention. Par exemple, si deux personnes ont des problèmes relationnels (excluant les contacts strictement pour

l'emploi), il faut en prendre conscience dès le départ car cela peut compromettre l'intervention. Il peut être difficile au départ de faire la nuance entre un conflit de ce type et des tensions résultant des problèmes trouvés.

Il était possible de se poser ces questions face aux comportements ouvertement agressifs du directeur des services professionnels et du pharmacien. En poussant plus loin les discussions, il est apparu que cette relation conflictuelle pouvait résulter d'un malaise de fonctionnement. La mise en oeuvre de la solution sur laquelle ils s'entendent permettra un recul par rapport à ces symptômes.

La phase de description de l'environnement a permis d'élargir le système examiné dans le cadre de cette consultation. Les véritables clients faisaient partie de l'hôpital (directeur général et directeur du personnel). Le pharmacien entretient des relations de gestion avec ces responsables de l'hôpital et il ne fallait pas oublier de les inclure dans la recherche. La vérification de la présence des caractéristiques habituelles d'un système selon Checkland a aussi été très utile à cet égard.

5.2 COMPARAISON ENTRE L'APPLICATION DE LA METHODOLOGIE DES SYSTEMES SOUPLES ET LA METHODE SCIENTIFIQUE

Afin de comparer effectivement la méthodologie de la recherche-action, une revue de littérature a été effectuée

dans la deuxième partie. Celle-ci nous a permis de regrouper les principaux travaux réalisés autour de thèmes centraux. Ce tableau représente les principaux champs auxquels on s'est intéressé au moyen de la méthode scientifique dans le domaine de la pharmacie d'hôpital.

5.3 REFLEXIONS SUR LA METHODE SCIENTIFIQUE ET SUR LA RECHERCHE-ACTION

La méthode scientifique peut être décrite comme une démarche expérimentale, réductionniste et causaliste dont la validation est assurée par la notion d'évidence justifiant une exigence de répétitivité et un effort de réfutation. Une réflexion sur l'opportunité d'utiliser une telle méthode dans le cadre de problèmes complexes tels que rencontrés bien souvent chez les organisations à caractère économique est en cours depuis quelques années. Voici donc quelques commentaires, suite à cette intervention, qui contribueront, je l'espère, à l'enrichissement de cette réflexion.

Répétitivité

Si on exclut les aspects reliés à la personnalité des individus en place, il est possible que le problème de mission relié à la pharmacie de l'hôpital puisse se retrouver ailleurs. Toutefois, le sujet est assez complexe, teinté par les points de vue des intervenants.

La proportion des sujets traités par les auteurs ayant utilisé la méthode scientifique reflète d'ailleurs la

difficulté d'application de cette méthode pour ce type de problème. Aucun article scientifique ne traitait spécifiquement de la mission des pharmacies d'hôpital si ce n'est par le biais de la tâche du pharmacien (D'Agnese, 1984, Tootelian et Gaedeke, 1986 ainsi que Cardinale et Glaser, 1988) ou par le biais de la satisfaction au travail (Glaser, 1979 et Rickert, 1988). Dans notre revue de littérature, ceci représente cinq (5) articles parmi vingt-quatre (24) (rf. Tableau de classification des auteurs selon les sujets).

D'autre part, la méthodologie des systèmes souples permet l'enrichissement de l'action par la science et aussi l'enrichissement de la science par l'action. Après plusieurs interventions, la somme des connaissances ainsi acquises devrait constituer ce qu'il est convenu d'appeler un "corpus".

Objectivité

L'intégration des points de vue des différents acteurs à l'intérieur de la description de la problématique me semble absolument nécessaire à une compréhension de la situation de l'entreprise. Cette approche nuance un peu l'approche scientifique qui prône le développement d'une vision des faits "dite" objective et confirmée par la répétitivité des faits.

Il est bien certain que l'avantage de la méthode scientifique standard sur celle des systèmes souples est que l'analyse de certains cas subséquents devient plus rapide. A certains problèmes identifiés, des solutions déjà développées pour des problèmes semblables peuvent être adaptées et appliquées. D'un point de vue commercial, la méthode scientifique standard peut donc sembler plus attrayante.

Par exemple, on peut penser, comme Fetterman (1986), que s'il y a des problèmes de surplus de travail ou de supervision, ceux-ci seront réglés à travers des améliorations de l'efficacité opérationnelle et des habiletés managériales. On sait que des efforts du genre v.g. informatisation, avaient été réalisés avec des résultats mitigés face aux problèmes de la pharmacie. La méthode scientifique peut donc fournir une base de réflexion, mais elle entraîne souvent à identifier un problème qui n'est pas le principal. La partie réservée à l'intégration des points de vue pour identifier le problème à traiter manque.

Solution optimale

Le processus d'apprentissage continu permet de mieux appréhender la réalité de l'organisation en perpétuelle évolution. Les solutions sont toujours rattachées à leur point de vue. La méthode de Checkland a donc l'avantage de relativiser les actions prises en entreprise et permet des

interventions à visage plus humain. L'expression de points de vue rattachés à des cadres conceptuels clairs permet aux intervenants dans l'entreprise de pouvoir prévoir à quelles attentes peut répondre l'organisation. Elle aide à localiser les sources de pouvoir et met en lumière comment ce pouvoir est exercé.

5.4 SUGGESTIONS D'AMELIORATION DE LA PRATIQUE DE LA METHODOLOGIE

Une suggestion possible dans l'application de la méthode des systèmes souples pourrait avoir trait à la réalisation de l'image-riche. Il serait important, selon moi, de cerner les ancrages des principaux intervenants avant même d'essayer d'explorer les processus.

Ainsi, pour trouver plus rapidement le point de vue de tous les acteurs et le système de valeur auquel se rattache ce point de vue, il serait souhaitable d'organiser, dès le début, des rencontres individuelles de chacun des intervenants importants. Ceux-ci ne devraient être mis en confrontation directe dès le début car cela facilite l'expression directe et non biaisée des différents points de vue.

Etant donné la flexibilité de la méthode, la suggestion que je viens de faire ainsi que celles qui découlent de cette expérience, relèvent plus de modalités personnelles d'application. Son origine praticienne lui fournit

plusieurs avantages qui peuvent être appliqués même dans la gestion courante de l'entreprise.

5.5 CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire a permis d'étudier un champ nouveau pour l'auteur.

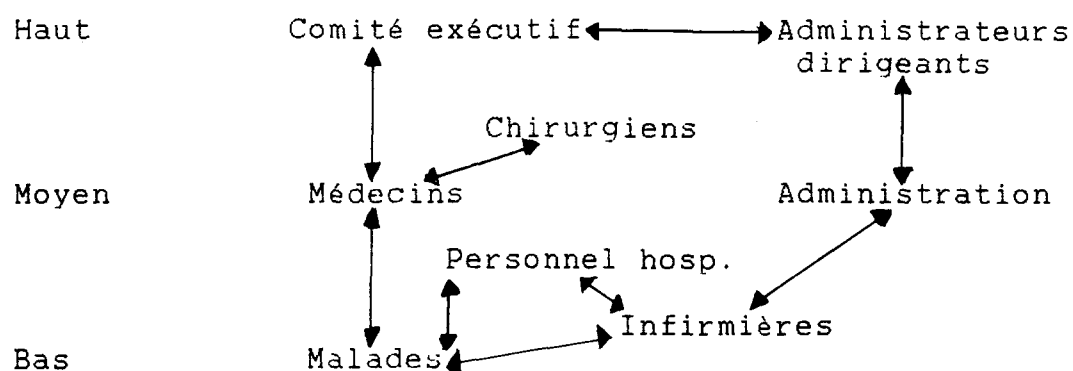
Si on revient au sujet à la base du problème retrouvé, soit les différences de statut professionnel en milieu hospitalier, il importe de souligner que les pharmaciens ne sont pas les seuls professionnels affectés par ce type de relation.

Des infirmières, les médecins attendront, par exemple, une bonne technicienne. Et il peut arriver qu'il y ait incompatibilité entre les attentes des différents partenaires et les acteurs de rôle 35.

Hage (1974) présente relativement bien une hiérarchie de pouvoirs et de structure de communication dans un hôpital communautaire 36 :

35 COUVREUR, Chantale (1979), Sociologie et Hôpital, Approche Sociologique du Monde de la Santé, Infirmières d'Aujourd'hui, Le Centurion, Bruxelles, p.49-55.

36 HAGE, Jerald (1974), Communication and Organizational Control, John Wiley & Sons, New York-London-Sydney-Toronto, pp.64- 65.

Niveau de pouvoirCanaux de communication

Hage donne une bonne base de réflexion pour d'éventuels travaux qui pourraient faire un parallèle avec cette recherche. Mais pourquoi les médecins en général ont-ils autant de pouvoirs, spécialement vis-à-vis de l'administration de l'hôpital? Un des facteurs-clés selon lui serait le malade, de là le revenu de l'hôpital...

Plusieurs autres situations dans le vaste domaine des soins de la santé auraient aussi avantage à être examinés sous l'angle de la perception des rôles relatifs des différentes professions qui s'y côtoient. Celles-ci pourront faire l'objet d'éventuelles recherches.

BIBLIOGRAPHIE

- ANONYME (1982), Good Management - A Matter of Attitude/Get the Edge with Sharper Pricing, Drug Topics, Vol. 126, No 22, November, pp.52-56.
- BLOWER, John B. (1982), Opportunities for Pharmacists, Hospital Management Materiel Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.28-34.
- CARDINALE, Val et Glaser, Martha (1986), Work Relationships: Poeple-Contacts Key to Pharmacist Confidence (Part 1), Drug Topics, Vol. 130, No 9, May 5, pp. 36-44.
- CARDINALE, Val et Glaser, Martha (1986), Work Areas Can Boost Morale of Pharmacists, Drug Topics, Vol. 130, No 10, May 19th, pp.14-16.
- CARDINALE, Val et Glaser, Martha (1986), Workload Not That Heavy- It Just Feels That Way, Drug Topics, Vol. 130, No 11, June 2nd, pp.14-20.
- CHI, Judy (1985), Pharmacists Discover New Treats in Their Compensation Pot: Chains, Drug Topics, Vol. 129, No 8, April 15, pp.24-29.
- CHI, Judy (1985), Chain Competition for R.Ph.s Keeping Hospital Salaries Up, Drug Topics, Vol. 129, No 9, May 6, pp.39-44.
- CHI, Judy (1985), Boost R.Ph. Job Satisfaction, Today's Employers Are Urged (Part 4), Drug Topics, Vol. 129, No 10, May 20, pp.18-24.
- COUVREUR, Chantale (1979), Sociologie et Hôpital, Approche Sociologique du Monde de la Santé, Infirmières d'Aujourd'hui, Le Centurion, Bruxelles, 135 pages.
- COX, James et Gibson, Tyrone (1986), Inventory Management for Hospital Pharmacies, Hospital Management Materiel Quaterly, Vol. 8, No 1, August, pp.64-74.
- D'AGNESE, Joseph (1984), Prescribing Errors Abound, New Pharmacist Poll Finds, Drug Topics, Vol.128, No 14, July 16, pp.14-16.
- DOWNER, Terence (1985), Adapting Marketing to the New Breed of Health-Care Decision Makers, Medical Marketing and Media, Vol. 20, No 12, December, pp.118-125.

- EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988: Part 1 - Life in the Workplace, Drug Topics, Vol.132, No 15, August 1, pp.42-50.
- EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988 - Part 2: A Look at Hot Topics in Pharmacy, Drug Topics, Vol. 132, No 16, August 15, pp.14-21.
- EPSTEIN, Debbie (1988), Inside Today's Pharmacist 1988: Part 3 - Life Outside the Pharmacy: The Joiners and the Doers, Drug Topics, Vol.132, No 17, September 5, pp.18-27.
- FERKOVIC, et Thomas, J. (1983), Inventory Control System in the Hospital Pharmacy, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 5, No 2, November, pp.70-77.
- FETTERMAN, David (1986), Operational Auditing: A Cultural Approach, Internal Auditor, Vol. 43, No 2, April, pp.48-54.
- FINE, Jennifer (1986), Vendors Adapt Systems to Meet Changing Needs of Pharmacists, Modern Healthcare, Vol. 16, No 24, November 21, pp. 44-45.
- GLASER, Martha (1979), Management and the Young Pharmacist, Drug Topics, Vol. 123, No 21, November, pp.55-58, 68.
- GLASER, Martha et Maxwell, Tracey (1987), Exclusive New Survey on Parmacists Salaries: Employee Pharmacists Enjoying Real Gains, Drug Topics, Vol. 131, No 19, October 5, pp. 30-62.
- GLUECK, William F. and Jauch, R. (1984). Business Policy and Strategic Management. McGraw-Hill Company, New York, 1984, p.311.
- GRONHAUG, K. (1978), Goals and Realities in a Distribution System: the Case of Pharmaceuticals in Norway, Omega, Vol. 6, No 6, pp.501-506.
- HAGE, Jerald (1974), Communication and Organizational Control, John Wiley & Sons, New York-London-Sydney-Toronto, 272 pages.
- HARDY, John et Orton, Bryce (1982), The Use of Planning and Budgeting: An Empirical Study, Managerial Planning, Vol. 31, No 3, November-December, pp.39-42.

- HARDY, John et Orton, Bryce (1983), Decentralised Decision Making and Responsibility Accounting in a Selected Segment of Business, Cost and Management (Canada), Vol. 57, No 1, January-February, pp.43-46.
- HARVEY, A.K. Whitney (1984), Old Dreams, Young Hopes, American Journal of Hospital Pharmacy, Vol. 41, August 1984, p.1532.
- HUMPHRYS, Peter et O'Brien, Gordon (1986), The Relationship Between Skill Utilization, Professional Orientation and Job Satisfaction for Pharmacists, Journal of Occupational Psychology (UK), Vol.59, No 4, December, pp.315-326.
- LAZARUS, Herman et Smith, Mickey (1988), After The Order Is Written: Pharmacist Interventions in Hospital Drug Therapy, Medical Marketing & Media, Vol. 23, No 6, May, pp.76-80.
- PREVOST, Paul (1983), Le Diagnostic-Intervention: une Approche Systémique au Diagnostic Organisationnel et à la Recherche-Action, Laboratoire d'études économiques et régionales, Université du Québec à Chicoutimi, p.47.
- PUCKETT, William (1982), The Pharmacist Versus the Materiel Manager, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.15-22.
- RICHARDSON, James C. (1982), The Importance of Amalgamating Pharmacy and Materiel Management, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 4, No 1, August, pp. 35-39.
- RICKERT, Donald R. (1988), Professionalization and the Design of Work: A Study of Pharmacists, Health Care Supervisors, Vol. 6, No 4, July, pp. 29-34.
- SHEHAN, Nina (1985), Partial Automation of the Hospital Pharmacy: Is It Enough?, Computers in Healthcare, Vol. 6, No 6, June, pp.17-18.
- TOOTELIAN, Dennis et Gaedeke, Ralph (1986), The Changing Role of Pharmacies in the 1990's, Journal of Health Care Marketing, Vol. 6, No 1, March, pp.57-63.
- VINCENT, Vern. et Ranton, Michael (1984), Hospital Pharmacy Inventory Management: Economic Order Quantity, Model with Space Limitation, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol. 5, No 3, February, pp.82-86.

YOUNG, David W. et Saltman, Richard B. (1985), The Hospital Power Equilibrium Physician Behavior and Cost Control, The John Hopkins University Press, Baltimore et Londres, 198 pages.

AUTRES OUVRAGES UTILISES MAIS NON CITES

- ABRAMOWITZ, Paul et Nold, Edward (1984), New Directions for Hospital Pharmacy, American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.41., April, pp.724-726.
- ASSOCIATION des pharmaciens de santé du Québec (1984), Bulletin d'Information, Juillet, Dépôt Légal, Bibliothèque nationale du Québec, 4 pages.
- ASSOCIATION des pharmaciens de santé du Québec (1984), Règlement-Type du Département de Pharmacie, juin, 8 pages.
- BEAHM, V.F. et M.R. (1982), Consultant Services for Pharmacy and Materiel Management, Hospital Materiel Management Quaterly August, Vol.4, No 1, pp.23-27.
- BERST, Jesse (1982) What Computer can do for Pharmacies, Drug Topics. January 4, Vol 126, No 1, pp.66-68.
- BLOWER, J.G. (1982), Materiel Management Opportunities for Pharmacists, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.28-34.
- CHASE, Patricia A. (1984), Progressive Pharmaceutical Services in a Small Community Hospital, American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.41, July, pp.1338-1342.
- FOSTER, T. (1960), The Expanding Role of the Hospital Pharmacist as a Member of the Health Care Team, American Journal of Hospital Pharmacy, pp.740-744.
- FRANCKE, D., Latiolais, C., Francke, G., et al. (1964), Mirror to Hospital Pharmacy: a Report of the Audit of the Pharmaceutical Services in Hospitals. American Society of Hospitals Pharmacists, Washington D.C..
- GOUVEIA, W. (1982), Material Management and Pharmacy Collaboration Control or Compromise, Hospital Materiel Management Quaterly, Vol.4, No 1, August, pp.56-59.

- LAURIN, Pierre (1973), Le Management Textes et Cas, McGraw-Hill Editeurs, Montréal, 763 pages.
- PAUL, Allan (1984), Le Point de Vue du Président, Tout le Long du Chemin, The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, Vol. 37, No 3, Fall, pp.105-107.
- PROBST, Calvin (1978), A Nonadversary Approach to Pharmacist - Labor Relations, Drug Topics, Vol.122, No 3, February 1, p.60.
- SCRIVEN, Michael (1982), Research Methodology, Needs Assessment, Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, Vol 16, January, College of Administrative Sciences, Ohio State University. pp.56-59.
- ZELLMER, William (1984), Are we Loosing our Way, American Journal of Hospital Pharmacy, Vol.41, October, p.2006.