

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions.

par M. Nicolas Bergeron

et

par Dr Jacques Le Lorier

Le 8 novembre 2018

Table des matières sommaire

Sommaire exécutif	3
Description de la problématique	5
Méthodologie	13
Résultats	17
Discussion	20
Analyse, pistes de solutions et recommandations	29
Conclusions de l'étude	40
Références	43
Annexes	47

SOMMAIRE (ABSTRACT)

Le but de cette recherche indépendante est de prouver, tout en les dénombrant, que les pharmaciens exécutent déjà des consultations santé pour des problèmes de santé mineurs. L'hypothèse est qu'il se fait 1 consultation en moyenne par heure travaillée par pharmacien. Au Québec, on manque d'accès pour les consultations médicales sans rendez-vous; en effet en 2017, 25% des gens étaient encore sans médecin de famille. Début 2018, les urgences des hôpitaux débordent encore : sur 1 an, 374 000 personnes quittent impatiemment l'urgence avant même d'avoir vu un médecin. Pour finir, l'étude élabore des pistes de solutions sur comment les pharmaciens pourraient aider davantage aux niveaux de l'accès aux soins de première ligne ainsi qu'au niveau de la réduction des coûts. L'Étude s'est tenue dans 9 pharmacies volontaires réparties partout au Québec. Durant le mois de l'Étude, tous les patients demandant une consultation santé, non reliée à une prescription, dans ces pharmacies se sont fait expliquer l'Étude et demander d'y prendre part. L'Étude est prospective. Les participants doivent répondre à un court questionnaire visant notamment à évaluer leur impression sur leur qualité de vie, point pour lequel il y aura pour certains un suivi téléphonique dans les 3 à 7 jours suivants. L'analyse des données de cette étude révèle qu'il se fait effectivement beaucoup de consultations santé mais surtout, c'est l'évidence de la grande qualité et efficacité des consultations qui en ressort. L'hypothèse de cette recherche est partiellement confirmée : c'est affirmatif qu'il se fait des conseils, mais à une fréquence moindre que 1 par heure par pharmacien. Comment expliquer cet écart ? Bon nombre d'interventions auprès du pharmacien sont des questions sur des médicaments prescrits par les médecins. Aussi, il a été rapporté par les pharmaciens enrôlés qu'ils ont oublié de noter un certain nombre de consultations santé effectuées. En somme, vu la grande faisabilité du triage-évaluation par les pharmaciens, vu le trop grand nombre de patients qui consultent encore les salles d'urgences des hôpitaux pour des problèmes de santé mineurs pouvant être pris en charge par les pharmaciens et vu le coût élevé de ce que coûte actuellement une consultation aux urgences, le pharmacien est clairement le professionnel pouvant faire davantage pour l'accessibilité aux soins et ce, à un coût assurément moindre.

Mots-clés : Pharmaciens, consultations, urgence mineure, hôpital, Québec.

Présentation

Article original

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions.

Responsable de l'étude: **Nicolas Bergeron**, B. Pharm., Président de la Fédération des pharmaciens du Québec.

Co-investigateur: **Dr Jacques Le Lorier**, B.S., M.D., Ph.D., ABIM, FRCPC, CSPQ, LMCC, Professeur titulaire, Département de médecine et de pharmacologie, Université de Montréal. Chef, Unité de recherche en pharmaco-économie et pharmaco-épidémiologie, CRCHUM.

Comité de recherche et comité d'éthique : Quorum Review IRB; QR : 32900CDN/1.

Objectifs

Cette étude indépendante servira à informer sur la fréquence à laquelle les pharmaciens exécutent déjà des consultations santé. Ces données serviront de base solide pour élaborer des nouvelles pistes de solutions sur comment les pharmaciens québécois pourraient aider davantage le système de santé. Nous cherchons à savoir combien de consultations un pharmacien d'officine fait en moyenne par heure travaillée et de ce total, quelles proportions proviennent de chacune des cinq catégories de consultations qui sont à l'étude.

Introduction

Description détaillée de la problématique et motifs à l'origine de l'étude.

Depuis plusieurs années, un constat s'impose dans le système de santé québécois contemporain, c'est le manque d'accès à la première ligne de soins médicaux, soit une consultation sans rendez-vous. En effet, sur les ondes télévisées de *LCN En Direct* le 15 mai 2017, en entrevue avec Mario Dumont, le Dr Bernard Mathieu de l'AMUQ (Association des médecins d'urgences du Québec) rapportait que l'été 2017 s'annonçait problématique pour le temps d'attente dans les salles d'urgences des hôpitaux au Québec, car depuis l'arrivée de la Loi 20, selon le Dr Mathieu, les jeunes médecins sont moins intéressés à travailler dans les salles d'urgences des hôpitaux. Aussi, que les urgences des hôpitaux du Québec se voient de plus en plus dépouillées de leurs urgentistes au bénéfice des cliniques-réseau et des GMF tandis que les directions d'hôpitaux n'arrivent pas à remplacer les médecins partis en congé de maternité. De plus, certains médecins quittent le Québec pour aller travailler en Ontario, en Nouvelle-Angleterre ou ailleurs.

Plus récemment, à l'hiver 2018 les données du gouvernement rendues publiques montrent que les délais d'attente pour obtenir un médecin de famille pour les patients orphelins ne se sont pas beaucoup améliorés et qu'ils se calculent encore trop souvent en nombre de mois. En fait, la donnée la plus récente confirmée montre qu'en date du 31 mars 2017 il y avait encore 25% de la population qui était encore orpheline de médecin de famille¹. D'autres données du début de l'année 2018 montrent que les urgences des hôpitaux débordent toujours et encore. De plus, les gens quittent par centaines de milliers (ceux pour laquelle la chose est répertoriée) annuellement les urgences avant d'avoir vu un médecin, mais après être passé par le triage exécuté par un(e) infirmier(ère) car bien évidemment, ceux qui partent de l'urgence avant le triage n'ont jamais été comptabilisés.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

L'idée de l'Étude-FPQ est née de la lecture des données récentes publiées sur le nombre de québécois quittant la salle d'urgence d'un hôpital sans avoir consulté un médecin : environ 370 000 personnes annuellement. La FPQ* s'est penché sur la question. Tout d'abord, il peut être déduit que par le nombre de pharmacies actuellement au Québec (environ 1900), si l'ensemble des 370 000 personnes consulteraient à la place un pharmacien d'officine qui réussirait à régler leur problème de santé, cela augmenterait les consultations par pharmacie, mais de façon négligeable.

Par conséquent, à l'échelle du système de santé, la FPQ avance que pour chaque consultation effectuée par un pharmacien au lieu d'un médecin en première ligne, le système de santé est désengorgé et qu'à grande échelle, ce serait de façon potentiellement significative et la charge de travail des médecins pourrait s'en retrouver considérablement réduite. Prenons, par exemple, un patient enrhumé ne consommant aucun médicament et n'ayant aucun autre problème de santé : son problème de santé pourrait être aussi bien pris en charge par le pharmacien que par le médecin, car ne nécessitant pas une évaluation physique avancée, il pourrait être traité en automédication.

Par ailleurs, même si le pharmacien n'a pas le droit de poser un diagnostic, il a tout de même le droit et le devoir de recommander des médicaments sans ordonnances ou communément appelés des médicaments de vente libre (MVL) ainsi que de conseiller des mesures non pharmacologiques selon son évaluation clinique du problème de santé du patient. Les pharmaciens du Québec, du fait de leur diplôme universitaire de premier cycle spécialisé dans les soins pharmaceutiques, sont parfaitement habilités à cela, car la compréhension poussée du fonctionnement des médicaments passe par une compréhension de base des pathologies y étant associées².

* La FPQ est la Fédération des pharmaciens du Québec. La FPQ est un OSBL qui représente ses membres pharmaciens (évoluant dans tous les milieux de pratique possible au Québec), étudiants au doctorat en pharmacie ainsi qu'assistant(e)s techniques en pharmacie qui se sont tous inscrits individuellement sur une base volontaire. La FPQ a comme mission de promouvoir la profession de pharmacien tout en cherchant toujours à améliorer davantage le service à la population ; son slogan est : « Le patient est au centre de nos préoccupations ».

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Aussi, une réticence politique ou autre qui serait mal fondée de se reposer également sur les pharmaciens pour fournir des soins de première ligne aux patients risquerait, en plus de ne pas solutionner le problème d'engorgement des urgences, de créer des pertes économiques à la société, notamment en termes de frais de stationnements, de perte de productivité dans les entreprises par des jours d'absences supplémentaires secondaires à des temps d'attentes interminables aux urgences, en plus de la nécessité de recruter des médecins pour remplacer les congés d'autres urgentistes déjà saturés.

De plus, il est connu du public que les résidents du Québec ne réussissent pas toujours à consulter un médecin, à l'intérieur d'un délai raisonnable, dans une clinique sans rendez-vous, lorsqu'ils en ressentent le besoin. D'une part, il subsiste des québécois (environ 19% de la population en 2018) sans médecin de famille. D'autre part, ceux qui ont la chance d'avoir un médecin de famille ne réussissent pas toujours à le consulter dans un délai qu'ils jugent acceptable³. Par conséquent, plusieurs d'entre eux décident, même pour des petits problèmes de santé parfois assez mineurs, d'aller consulter un médecin directement à l'urgence d'un hôpital. Donc, par effet de vases communicants, les urgences des hôpitaux débordent. Dans le rapport du commissaire à la santé et au bien-être parut en 2016 sur les urgences, la principale cause parmi les quatorze qui y sont mentionnées sur les causes de l'encombrement à l'urgence, est justement à 81% du temps le fait qu'il y a aux urgences « Trop de patients avec des problèmes mineurs pouvant être traités ailleurs »³⁹.

En somme, les gens ont des problèmes de santé et n'arrivent pas à recevoir actuellement les consultations qu'ils cherchent à obtenir. Conséquemment aux contraintes d'accès au système médical traditionnel, depuis la dernière décennie au Québec, l'intérêt de la population envers l'automédication est clairement grandissant. De plus, la population est de plus en plus informée et éduquée et elle cherche à prendre sa santé en main : les pharmaciens reçoivent fréquemment des demandes d'informations reliées à ce que les gens ont lu sur Internet ou découvert dans les médias d'information où on retrouve de plus en plus de publicités ciblées. D'une part, idéalement les gens se tournent de plus en plus vers leur pharmacien, un intervenant de première ligne qui contribue activement au système de santé québécois. D'autre part,

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

malheureusement certaines personnes malades ont la mauvaise idée de décider de régler eux-mêmes leur problème de santé à leur façon et prennent alors, sans consulter un professionnel, des médicaments auxquels ils ont accès à partir de vieilles prescriptions faites à eux-mêmes ou à d'autres de leurs amis et/ou famille, ce qui entraîne parfois de plus graves problèmes de santé qui se sont alors envenimés. La FPQ, après avoir fait une analyse de la situation selon des données récentes dont celle publiée sur le nombre de québécois quittant la salle d'urgence d'un hôpital sans avoir consulté un médecin (378 058 personnes en 2014-2015)³⁴, proposera des pistes de solutions faisant suite à l'Étude-FPQ car tout d'abord, il doit y avoir preuve de l'existence de consultations faites en pharmacie ainsi que l'ampleur de ce qui se fait déjà doit être aussi démontré.

Aussi, il est déjà prouvé et reconnu que les médicaments en vente libre, s'ils sont recommandés convenablement par un pharmacien, peuvent sauver des frais considérables au système de santé⁴. En effet, les données démontrent que plus d'une centaine de milliards de dollars annuellement est l'économie potentielle pour le système de santé américain⁵ et donc, par extrapolation nous pouvons estimer à 10 fois moins pour le Canada et à un 23% de cela pour la portion de la province du Québec. Donc, vu aussi la grande utilité et la confiance réelle de la population en les MVL⁶, il faut encourager l'utilisation des MVL mais surtout, leur bonne utilisation car une mauvaise utilisation pourrait entraîner au contraire plus de problèmes de santé ainsi qu'une augmentation des coûts du système, une résistance aux antibiotiques, des allergies ou autres problématiques étant aussi reconnues par l'OMS⁷. D'ailleurs, les ventes des produits MVL augmentent à chaque année sur le marché canadien, ce qui pourrait, entre autres, s'expliquer par le fait que les patients s'automédicamentent car ils souhaitent ainsi se guérir et éviter d'avoir à consulter un médecin.

La FPQ a aussi pris connaissance qu'entre 61-64% (selon l'année de référence) des consultations faites dans les urgences des hôpitaux québécois l'étaient pour des urgences de niveau de priorité P4 (urgences moins urgentes) ou P5 (urgences non urgentes). Dans les exemples de consultations de niveau P4 et P5,

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

nous retrouvons entre autres: une brûlure mineure, un rhume, une fièvre, un épisode de constipation ou de diarrhée, une otite externe, une allergie saisonnière, une toux, un mal de gorge, un mal de tête non migraineux ou un mal de dos de léger à modéré. Le gouvernement ne nie pas cette réalité et monsieur l'ex-ministre de la santé Gaétan Barrette commentait la chose ainsi: « Dans certains hôpitaux universitaires, la proportion va jusqu'à 65% et 70%. Ce n'est pas normal. Le problème est connu depuis des dizaines d'années. Le fait est qu'il n'y a pas assez d'accès offert à la population à l'extérieur de l'hôpital pour les cas P4 et P5... »⁸. Par conséquent, la FPQ croit qu'un certain nombre de ces consultations pourraient et devraient se régler en pharmacie d'officine pour de multiples raisons: rapidité de la consultation, libérer le médecin pour des cas plus graves, améliorer l'accessibilité des soins car en libérant davantage certains médecins cela impactera positivement indirectement sur les listes d'attentes pour certains patients pour certains types de consultations, diminuer les dépenses des patients (temps, pertes en heures ou en jours travaillés, d'argent en coût de stationnement), diminuer les coûts en général du système de santé (la prise en charge d'un patient coûte moins cher si elle est exécutée par un pharmacien que si elle l'est par un médecin aux urgences) et pour limiter le risque de contracter/propager des infections virales et/ou bactériennes car le grand nombre d'heures passées aux urgences entourés de gens parfois contagieux ou immunosupprimés augmentent les risques.

Il est aussi rapporté que même en 2018, la pénurie s'accroît. En effet, le président de la FMOQ, le Dr Louis Godin, craint carrément une « pénurie d'effectifs, qui est en train de s'accroître »⁴⁴. Entre autres, il y a plus de 200 postes de résidents en médecine familiale qui sont restés vacants dans les trois dernières années. De plus, le nombre d'omnipraticiens « désengagés » de la RAMQ est passé de 199 en 2014 à 305 en 2018. Cela fait plus d'une centaine de médecins travaillant en moins à pouvoir servir la population du Québec car ces médecins se sont exclus du système publique universel et gratuit dans lequel les patients, souvent moins fortunés, doivent consulter en urgence ou en sans rendez-vous. En bref, cette simple augmentation d'une centaine de médecins désengagés prive en seulement 4 années, pour l'équivalent de semaines travaillées de 35h par semaine, la population du Québec d'un 180 000h supplémentaires en heures gratuites en accessibilité pour consulter un médecin. Le Dr Godin explique

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

aussi que dans les régions où la cible de 85% de la population ayant un médecin de famille est atteinte, il y a des besoins hospitaliers qui sont non comblés par le manque de médecins : « On revient toujours à la case départ. Si j'en ajoute à un endroit, j'en enlève à un autre! »⁴⁴.

En résumé, les pharmaciens pourraient assurément aider davantage le système de santé. Par l'adoption du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec, la compétence du pharmacien en matière de consultation sur les MVL est officiellement reconnue². Cela vient en contrepartie avec toutes les responsabilités professionnelles afférentes citées par le Code des professions ainsi que par le Code de déontologie de l'Ordre des pharmaciens du Québec (articles 33, 36 et 41)². Mais avant de réfléchir sur les moyens concrets à mettre à la disposition des pharmaciens pour désengorger le système de santé, la FPQ a réalisé qu'il fallait d'abord prouver concrètement que les pharmaciens réalisent déjà des consultations quotidiennement (même si cela a déjà été fait par certains auteurs)¹⁰ pour des problèmes de santé mineurs et qu'il serait aussi utile de les dénombrer. De plus, un suivi téléphonique sera fait, quelques jours après la consultation du pharmacien, pour les patients qui se sont fait recommander un produit. Ce suivi servira à quantifier subjectivement par les patients leur propre impression de l'amélioration de leur santé globale après leur consultation du pharmacien.

Dans la littérature scientifique analysée, la FPQ n'a trouvé aucune donnée probante du dénombrement des consultations santé (applicables à la problématique discutée précédemment) effectuées par heure par les pharmaciens et a alors décidé d'élaborer une étude à cet effet. Bref, la FPQ cherche à obtenir la donnée suivante: nombre de consultations/heure travaillée/pharmacien en officine. À la suite de la démonstration de l'existence et du dénombrement des consultations santé exécutées par les pharmaciens québécois, il sera intéressant d'avancer des pistes de solution sur comment les pharmaciens d'officine au Québec pourraient aider davantage le système de santé au niveau de l'accessibilité et des dépenses en santé.

L'Hypothèse

L'hypothèse avancée ici par le responsable de l'Étude est qu'il s'exécute sur le territoire québécois l'équivalent d'une consultation/heure travaillée/pharmacien en officine.

Revue de la littérature

En 2016 au Québec, un sondage sur les réseaux sociaux, non officiel et non scientifique car basé simplement sur les impressions cliniques des pharmaciens répondants, fait auprès d'une centaine de membres sur un groupe privé, a donné comme réponse moyenne de 32 consultations exécutées par un pharmacien lors d'une journée complète de 12 heures travaillées. De plus, en 2009-2010 il y a eu un sondage MVL mené auprès de 964 pharmaciens canadiens (dont 286 pharmaciens québécois) par L'actualité Pharmaceutique en collaboration avec Drugstore Canada a donné un résultat moyen de 16 conseils MVL par jour dans les catégories étudiées¹⁴. Il n'y a pas d'autres données trouvées dans la littérature donnant le nombre de conseils/consultations exécutés par jour par pharmacien. Par contre, on y retrouve une donnée démontrant la faible fréquence de l'utilisation de l'expertise du pharmacien dans le processus de sélection des MVL¹⁵.

Dernièrement, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a partagé les résultats d'une étude indépendante qu'elle a commandée et qui visait à documenter l'impact des consultations effectuées chaque année par les pharmaciens communautaires auprès des patients. Cette étude a su

démontrer que les patients bénéficient grandement des consultations de première ligne en pharmacie et aussi que « Les coûts potentiels ainsi évités pour le système de santé sont de l'ordre de 707\$ par pharmacie communautaire par jour ouvrable, en se basant sur la moyenne des consultations réalisées par jour dans les pharmacies participantes (13 consultations) ». Ce résultat représente une valeur de près de 500 millions de dollars par année pour le système de santé. Ceci est la première différence entre l'étude de l'AQPP et celle de la FPQ : l'étude de l'AQPP cherche à démontrer la valeur du travail déjà effectué par les pharmaciens dans les pharmacies communautaires tandis que l'étude de la FPQ elle, vise à discuter par son analyse, entre autres, sur la valeur des économies potentielles qui pourraient voir le jour grâce à une implication plus large du travail du pharmacien dans notre système de santé comme par exemple, en effectuant un triage initial lors de problèmes de santé mineurs des patients⁴⁵. La deuxième différence entre les deux études est que les données compilées dans l'Étude-FPQ excluent les demandes de consultations des patients qui cherchent alors à obtenir seulement des informations sur des médicaments prescrits par un médecin, tandis que l'étude de l'AQPP inclut ce type de consultations.

Considérations éthiques

Les codes DIN ont été inscrits dans les dossiers des gens mais lors de la récupération des données, il ne sera regardé que le nombre total de chacun des cinq différents DIN comptabilisés durant la durée de l'étude. Les nombres à huit chiffres utilisés pour le choix des cinq DIN ont été sélectionnés parmi ceux qui étaient encore disponibles chez Santé Canada et ainsi, ont été simultanément bloqués pour le futur pour ne pas être fournis à quiconque d'autre pour une utilisation différente.

Pour l'étude, l'accord verbal de chaque patient a été demandé avant chacune des consultations. Aussi, pour éviter aux patients un sentiment de s'être fait enrôler malgré eux, il sera donné à tous les patients sur place (ainsi que suggéré au patients « téléphoniques » de passer en succursale pour la chose...) un dépliant/brochure/pamphlet explicatif sur l'Étude-FPQ en cours. Aussi, les patients se voient demander leur accord au préalable avant que le suivi téléphonique se fasse dans les jours suivant leur consultation. De plus, le patient est avisé verbalement qu'il peut demander en tout temps de retirer ses infos personnelles ayant été compilées dans les résultats de l'Étude. En fait, les employés travaillant auprès des patients pour la collecte des informations, ont comme obligations aussi de répondre correctement à toutes les questions des patients qui leur sont adressées ou sinon, d'aller quérir l'information nécessaire à cet effet.

Méthodologie

L'étude est prospective, ouverte, portant sur l'ensemble des patients demandant une consultation santé non reliée à une prescription médicale d'un quelconque professionnel de la santé. Les données ont été recueillies dans la plupart des pharmacies participantes durant un total de trente jours, tel que demandé. Pour ce qui est de la cueillette des données, elle a été effectuée durant des périodes minimales de 7 jours consécutifs, soit entre les mois de février à avril 2018.

L'étude a recruté 20 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire québécois, soit dans onze des dix-sept régions administratives du Québec. Les pharmacies participantes sont indépendantes ou affiliées à une des différentes bannières de pharmacies, mais sans aucune influence sur les résultats de l'étude. Les

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

participants ont exécuté gratuitement tout le travail nécessaire que leur participation au projet de recherche a impliqué. Les pharmacies participantes choisies ont été celles ayant démontré un intérêt pour participer à l'étude. Aussi, il a été exigé aux pharmacies participantes qu'idéalement l'ensemble des pharmaciens travaillant dans cette même pharmacie acceptent de participer à l'étude et comprennent l'importance de la faire avec rigueur.

Les consultations santé ont été répertoriées dans cinq catégories différentes sous forme de DIN*. Voici les cinq DIN, ayant été fournis par Santé Canada, qui ont été utilisés :

- Consultation SUR PLACE résultant en une suggestion d'un produit à utiliser (DIN 00905063)
- Consultation SUR PLACE avec seulement explication de maladie (DIN 00905064)
- Consultation SUR PLACE où le patient a été référé à un MD ou autre (DIN 00905065)
- Consultation TÉLÉPHONIQUE résultant en une suggestion d'un produit à utiliser (DIN 00905066)
- Consultation TÉLÉPHONIQUE avec seulement explication de maladie (DIN 00905067)

Il faut noter lors des consultations santé amenant le pharmacien à référer ses patients vers une consultation médicale, que ce dernier a non seulement les compétences et a aussi la responsabilité professionnelle de faire ainsi^{11,12,13}.

* Un DIN se définit comme étant un numéro d'identification d'un médicament de huit chiffres générés aléatoirement par un ordinateur qui est attribué par Santé Canada. Le DIN est unique et sert à identifier tous les médicaments ayant été fabriqués et vendus sous la même recette de fabrication. Le DIN est inscrit sur l'étiquette d'un médicament qui a été évalué et approuvé pour la vente au Canada. Pour certains types de services professionnels, de médicaments de remplacement ou d'interventions pharmaceutiques devant s'inscrire sur les factures aux patients, il y a attribution et inscription dans la banque de données canadienne de certains DIN sous l'appellation Code DIN de la fourniture et ce sont justement des DIN de ce type qui ont été fournis par Santé Canada durant l'élaboration de l'Étude-FPQ.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Tous les documents sont conservés localement, de façon confidentielle dans chacune des pharmacies participantes, séparément des ordonnances régulières faites en officine et ce, pour une durée de temps minimale de cinq ans.

Les patients demandant une consultation auprès d'un pharmacien ont eu à répondre à un questionnaire ressemblant à celui habituellement rempli en pharmacie pour une ouverture de dossier ou pour une mise à jour du dossier-patient. Préalablement, avant de faire la chose, un employé de la pharmacie aura eu à présenter et à expliquer le projet de recherche afin d'obtenir le consentement verbal du patient pour l'inscrire sur la feuille de collecte des données de l'accueil. Ensuite, un employé de l'équipe technique au laboratoire supervise le remplissage du formulaire par le patient pour ensuite l'informatiser dans son dossier-patient, avant que la demande de consultation soit transférée au pharmacien qui l'exécute et finalise alors la collecte de données auprès du patient. Le pharmacien vérifie par la suite toutes les entrées de données au dossier du patient.

Pour les deux consultations (DIN 00905063 et 00906066) impliquant une recommandation d'utiliser un produit santé, un suivi téléphonique a été exécuté auprès des patients dans un délai de maximum 7 jours suivant leur venue ou leur appel pour une demande de consultation. Ce suivi a servi à poser trois questions précises aux patients c'est-à-dire, si après leur consultation en pharmacie :

- Êtes-vous allé consulter un médecin pour les mêmes raisons que celles vous ayant amené à consulter le pharmacien la dernière fois ?

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

- À combien estimez-vous en général votre état de santé actuellement, en incluant la raison de votre consultation de l'autre jour, sur une échelle de 1 à 10 en sachant que 1/10 représente une santé médiocre et que 10/10 une santé parfaite ?
- Est-ce que vous avez des questions, des commentaires, des interrogations ou autre point qui pourrait vous faire souhaiter vous entretenir avec le pharmacien ?

Les données générales compilées servent à calculer le nombre de consultations exécutées par heure travaillée par pharmacien tandis que d'autres données ayant été compilées servent à calculer d'autres statistiques intéressantes reliées aux consultations santé indépendantes de prescriptions.

En post Étude, le pharmacien responsable dans chacune des pharmacies enrôlées a rempli la fiche « Post fin d'Étude-FPQ », fiche sur laquelle, en utilisant les données provenant de sa pharmacie, il a inscrit le nombre total du nombre de consultations de chacune des 5 catégories différentes de consultations santé qui sont à l'étude. De plus, sur la fiche remplie, il y aura eu d'autres informations pertinentes inscrites comme par exemple: le nombre moyen de prescriptions remplies par jour à la pharmacie durant la période de l'Étude, le nombre d'heures pharmaciens travaillées durant la durée de l'Étude ou le nombre de points/score santé que les patients se donnent à eux-mêmes sur une échelle de 1 à 10 et ce, au moment de la consultation ainsi qu'au jour du suivi téléphonique pour certains d'entre eux.

Les critères d'exclusion à l'étude sont les suivants : patients ayant refusé de participer à l'Étude, patients posant des questions sur des médicaments de prescription ou si un parent ou un tuteur pose des questions sur des consultations santé pour problème de santé mineur mais pour une tierce personne âgée de moins de 18 ans.

Résultats

L'étude a recruté 20 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire québécois, soit dans onze des dix-sept régions administratives du Québec. Les pharmacies participantes sont indépendantes ou affiliées à une des différentes bannières de pharmacies, mais sans aucune influence sur les résultats de l'étude. Les participants ont exécuté gratuitement tout le travail nécessaire que leur participation au projet de recherche a impliqué.

Les pharmacies participantes choisies ont été soit celles ayant démontré directement un intérêt pour participer à l'étude ou soit celles ayant accepté de participer après avoir été contacté par le chercheur principal. Ce dernier fit ces interventions à la suite de suggestions de collègues pharmaciens ou autres qui lui ont parlé de l'intérêt potentiel de ces autres pharmacies/pharmaciens.

Aussi, il a été exigé aux pharmacies participantes qu'idéalement, l'ensemble des pharmaciens travaillant dans cette même pharmacie devaient accepter de participer à l'étude tout en comprenant l'importance de la faire avec rigueur : chacun des pharmaciens a eu à remplir et signer un formulaire de consentement comme pharmacien participant à l'étude.

Recrutement

Le recrutement a été effectué en deux étapes :

Étape 1 : appel à tous via Facebook sur le groupe privé des pharmaciens de la FPQ (groupe de plus de 4700 membres potentiellement répartis dans 1900 pharmacies) = 12 pharmacies recrutées.

Étape 2 : relance des gens dont les noms ont été fournis par des collègues œuvrant dans le domaine pharmaceutique = 20 pharmacies contactées ayant démontré indirectement un intérêt pour l'Étude-FPQ → 8 autres pharmacies recrutées (nécessaires pour compléter le n = 20)

Données

Pour les données, le Graphique 1a montre qu'il y a 9 pharmacies pour lesquelles il y a eu 779 consultations effectuées et répertoriées dans les dossiers patients. De plus, durant cette même période de l'Étude, il y a eu un total supplémentaire de 330 patients qui ont reçu une consultation qui n'a pas été compilée à leur dossier car ils étaient soit des patients mineurs (< 18 ans) ou bien soit des patients ayant refusé d'être participants aux données compilées de l'Étude. Donc au total, les pharmaciens au cumulatif ont exécuté un total de 1109 consultations durant le mois de l'Étude à leur pharmacie.

Le Graphique 1b quant à lui, montre le ratio en pourcentage des consultations exclues sur l'ensemble des consultations effectuées dans chacune des 9 pharmacies.

Le Graphique 2a montre que la donnée principale recherchée, qui est l'unité à trouver sur le nombre de consultation par heure travaillée par pharmacien, nous arrive à une moyenne pour l'ensemble des 9 pharmacies à 0,71 consultation/heure travaillée/pharmacien. Nous trouvons ici un résultat de 0,71 consultation/heure travaillée/pharmacien, si l'on fait la moyenne des résultats par pharmacie. En revanche, si l'on regarde les données totales dans leur ensemble, la moyenne pondérée de l'Étude montre qu'elle se situe plus au niveau de 0,57 consultation/heure travaillée/pharmacien. Pour information, les données de l'étude ont été compilées durant un total de 1934,5 heures travaillées par l'ensemble des pharmaciens participant.

Le Graphique 2b expose les mêmes données principales, mais en les pondérant selon l'importance par pharmacie des résultats de chacune en pourcentage sur l'ensemble du total des données.

Le Graphique 3 montre le dénombrement et la fréquence en % de chacun des 5 types de consultations

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

qui sont compilées à l'étude. Entre autres, il y a eu 108 patients qui ont été référés par les pharmaciens vers une consultation médicale sur les 779 consultations compilées, soit pour un total de 13,9%.

Le Graphique 4a et 4b exposent que pour les patients, la moyenne sur l'échelle de 1 à 10 de leur impression globale sur leur qualité de vie en lien avec leur santé, pour ceux ayant fourni un score le jour de leur consultation ainsi qu'au jour de leur relance téléphonique, est passée de 6,75 à 8,23 sur 10, ce qui représente une amélioration de la qualité de vie de 22%.

Le Graphique 4c montre que du total des 281 patients qui ont été rejoints pour le suivi téléphonique (jour 3 à 7), il y a eu 192 patients ayant jugé leur qualité de vie comme améliorée à la suite de leur interaction avec le pharmacien, ce qui représente 68% des gens et donc, avec les patients dont la qualité de vie est demeurée la même, on peut dire que dans 96% des cas, la qualité de vie a été soit améliorée ou est restée neutre après l'intervention du pharmacien. En revanche, il y a eu un total de 10 patients qui se sont donné un score sur 10 inférieurs le jour de leur suivi téléphonique, ce qui représente 1/25 patient ou 4% des gens.

Dans les autres données intéressantes et mises en lumière par l'Étude-FPQ, nous retrouvons que:

- 3,3% des patients (26 patients sur 779) ont demandé une consultation à leur pharmacien malgré le fait d'avoir consulté un médecin dans les 48 heures précédentes
- 2,7% des patients (21 patients sur 779) n'ont pas voulu attendre plus longtemps à la clinique médicale ou à l'urgence d'un hôpital pour voir un médecin et ont donc quitté prématurément pour aller consulter un pharmacien

- les consultations de pharmaciens ont fait en sorte que les patients n'ont pas eu à consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé 78% du temps
- 89% des gens ont déjà l'habitude de venir en personne à la pharmacie lorsqu'ils désirent recevoir une consultation du pharmacien
- Pour 70% des consultations, il y a eu recommandation d'utilisation d'un produit de santé et donc, 30% du temps le pharmacien exécute des consultations pour lesquelles il n'y a aucune vente potentielle d'un quelconque produit de santé

Discussion des résultats

Pour ce qui est des forces l'étude, l'Étude-FPQ est une étude indépendante réalisée dans le but de mieux comprendre la réalité en pharmacie dans le système de santé québécois. De plus, elle revête comme autres avantages d'avoir enrôlé des pharmacies-pharmaciens volontaires, qui ont fait le projet dans son entièreté sans rémunération et le tout, initialement planifié dans 11 des 17 régions administratives du Québec. En ce qui a trait aux faiblesses de l'Étude-FPQ, le petit nombre de pharmacies participantes est une évidence. De ce fait, cette étude doit être considérée comme une étude pilote qui, vu la pertinence de la question et de ce qui en découle, doit être confirmée par une étude faite à plus grande échelle. Aussi, certains diront que durant l'étude, les pharmaciens impliqués ont peut-être volontairement ou involontairement influencé à la hausse les résultats? Nous croyons la chose peu probable car les demandes de consultations n'auraient pu être inventées. Dans les faits, la réalité est possiblement l'inverse car la façon dont l'étude est menée, il faut noter chacune des consultations comptabilisables et les inscrire dans les dossiers-patients et donc, il est fort probable de penser que certaines consultations

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

ont été oubliées d'être colligées et ainsi, cela influencerait plutôt à la baisse l'ampleur des résultats de l'Étude. De plus, les pharmaciens enrôlés étant les responsables de l'Étude dans chaque pharmacie ont répondu à un questionnaire à la toute fin de l'étude : ils y ont quasi tous souligné le fait qu'ils n'ont pas réussi à exécuter l'Étude avec rigueur, tel que demandé par les responsables de l'Étude. Bref, ils avouent clairement ainsi que les chiffres fournis sont un sous-estimé et déclare du même coup ne pas avoir pu comptabiliser toutes les consultations qu'ils avaient faites.

D'autre part, il est plausible de croire que les pharmaciens s'impliquant davantage dans le bien-être de leurs patients soient des professionnels de la santé plus appréciés, plus recherchés et plus consultés par la population, ce qui pourrait, en partie, influencer à la hausse les résultats de la recherche ; ce critère n'a pas été pris en compte durant l'Étude-FPQ.

Aussi, il y a de très grands écarts dans les résultats de l'Étude entre les pharmacies d'occupation comparable. Nous croyons que les explications sont multiples : consultations non répertoriées, manque de temps de disponibilité du pharmacien car un plus grand nombre de prescriptions est à superviser, les patients voyant le pharmacien avec ce qui semble une plus grosse charge de travail hésitent à demander conseil et choisissent par eux-mêmes leur produit et aussi, il est possible que certaines pharmacies bénéficieraient d'une présence accrue de pharmaciens qui alors en travaillant en dédoublement, auraient une plus grande disponibilité pour répondre aux besoins en consultations de leurs clients

Ensuite, soulignons qu'au final, environ seulement la moitié des pharmacies ont été en mesure d'exécuter l'Étude-FPQ, soit onze pharmacies sur le total de vingt. Cela s'explique par les difficultés organisationnelles et humaines que plusieurs ont rencontrées au fil des mois précédant et durant le déroulement de l'Étude, explications qui ont été fournies verbalement au responsable de l'Étude : maladies, changement de système informatique, demeure ayant passé au feu, départs d'employés pharmaciens et/ou au soutien technique en pharmacie, déménagement d'un employé-clé pour le déroulement de l'Étude dans un site donné. En somme, les pharmaciens enrôlés, leurs équipes ainsi que

les propriétaires des pharmacies devaient accepter un investissement en temps et en énergie et donc même en argent de leur part, pour les propriétaires, pour que l'Étude puisse se réaliser. Nous rappelons ici que tous les participants se sont exécutés sans aucune rémunération provenant du projet de recherche et ce, tout en acceptant une tâche de travail plus lourde vu le travail additionnel causé par l'étude.

Pharmacies participantes

Précisément, les résultats dans cet article sont ceux de 9 des 20 pharmacies enrôlées pour l'Étude; en voici les raisons en plus détaillé :

- Les pharmacies n'ont pas fait l'Étude pour les diverses raisons énumérées ci-haut (n = 8).
- Les pharmacies ont fait l'Étude mais leurs résultats ont été exclus de l'ensemble des résultats car leur compilation des données dans l'étude a été seulement anecdotique : de 500-650% moindre en fréquence que la moyenne des 9 autres pharmacies au niveau du nombre de consultations compilées (n = 2).
- Les pharmacies ont trop tardé à fournir leurs résultats à l'équipe de recherche (n = 1).

De plus, dans le même document questionnaire post Étude rempli par les pharmaciens (questionnaire à remplir à la toute fin de l'étude mentionné auparavant dans le texte), il y a eu notation des points forts, des points à améliorer et des détails ayant surpris le plus les pharmaciens participants. Ce dernier point a beaucoup été développé par les pharmaciens qui ont été surpris de réaliser à quel point ils recevaient beaucoup de demandes de consultation qui étaient reliées directement aux médicaments de prescription,

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

fait qui a faussé à la hausse leur impression et leur hypothèse initiale à savoir combien de consultations santé sont exécutées à l'heure par un pharmacien lors d'une journée travaillée en pharmacie.

Aussi, pour les deux seules pharmacies enrôlées dans l'Étude ayant une clinique médicale adjacente à l'officine, le nombre de consultations à l'heure qui y a été effectuées par pharmacien est inférieur à la moyenne pondérée de l'ensemble des pharmacies soit, 0,57 consultations à l'heure. Nous croyons que cela pourrait s'expliquer par l'accès supplémentaire à proximité de médecins, qui feraient alors la prise en charge des patients pour leurs besoins mineurs en santé, qui diminuerait ainsi le besoin de consulter un pharmacien.

Avec cette Étude de la FPQ, nous obtenons des résultats qui sont difficilement réfutables, car ils ne sont pas basés sur des impressions cliniques, mais sur des faits. En effet, la seule donnée à interprétation est le score sur 10 que chaque patient s'ait donné à lui-même sur son état de santé au moment de la consultation du pharmacien ainsi que quelques jours plus tard, lors du suivi téléphonique. Cependant, dans une étude lorsqu'il est habituellement question du paramètre de la qualité de vie d'un patient, cela réfère normalement au jugement individuel du patient sur sa propre condition et en cela, l'Étude-FPQ est aussi conforme.

En comparaison, l'étude menée par l'Actualité Pharmaceutique en 2009-2010¹⁴ montrait une moyenne de 16 consultations par jour. En fait, c'est probablement un résultat qui doit ressembler encore à la réalité d'aujourd'hui des pharmaciens québécois car si l'on regarde les pharmacies ayant compilé le plus de consultations par heures travaillées par pharmacien, cela tourne autour de 1 consultation à l'heure. Par ailleurs, il est assez fréquent dans les pharmacies québécoises qu'il y aille dédoublement de pharmaciens durant quelques heures dans la journée et alors, cela augmente logiquement le nombre de consultations exécutées dans une même pharmacie sur l'ensemble de ses heures d'ouverture pour une journée donnée.

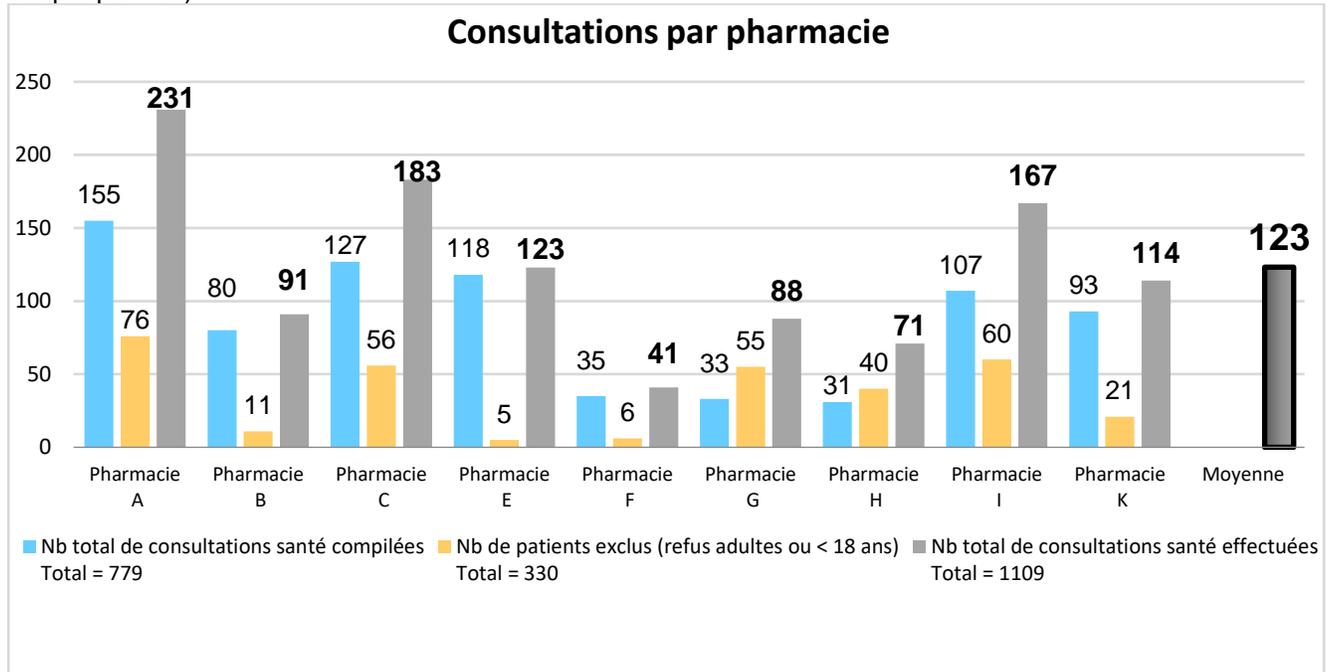
Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

En résumé, on reconnaît ici que l'Étude-FPQ est une étude pilote, vu le nombre de données recueillies. Cependant, il est primordial de noter que les résultats sont très intéressants et que les implications pouvant en découler sont aussi très grandes.

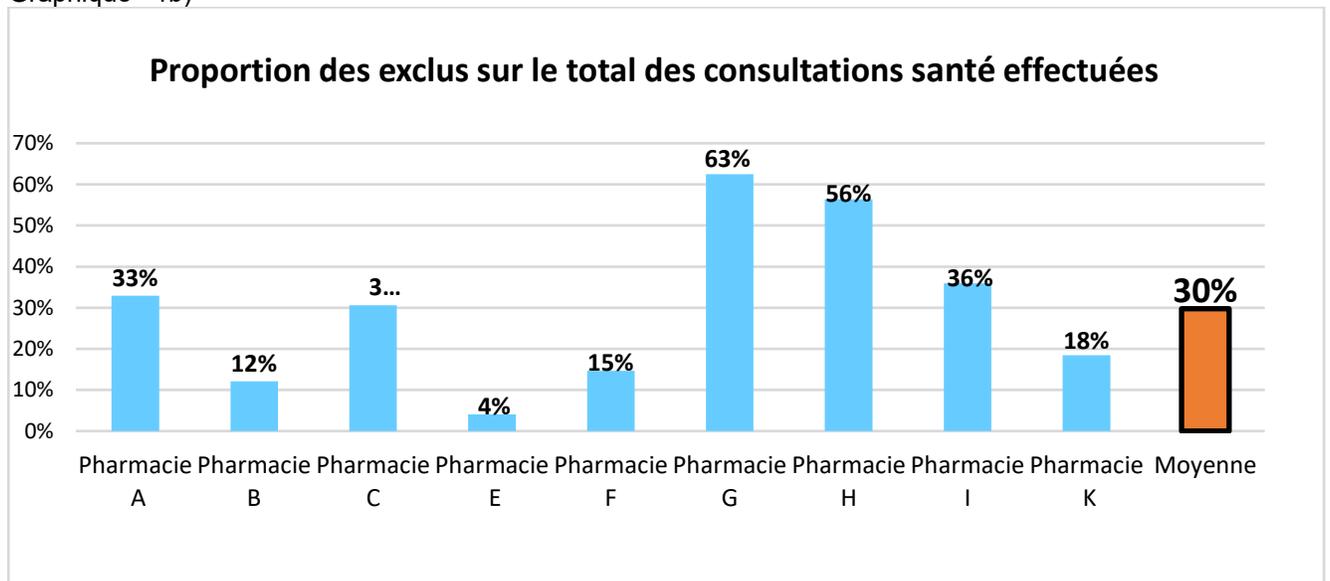
Vu l'importance que l'application de nos recommandations aurait pour la société québécoise, nous nous permettons de suggérer au gouvernement en place de reproduire une étude similaire mais à plus grande échelle.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Graphique 1a)

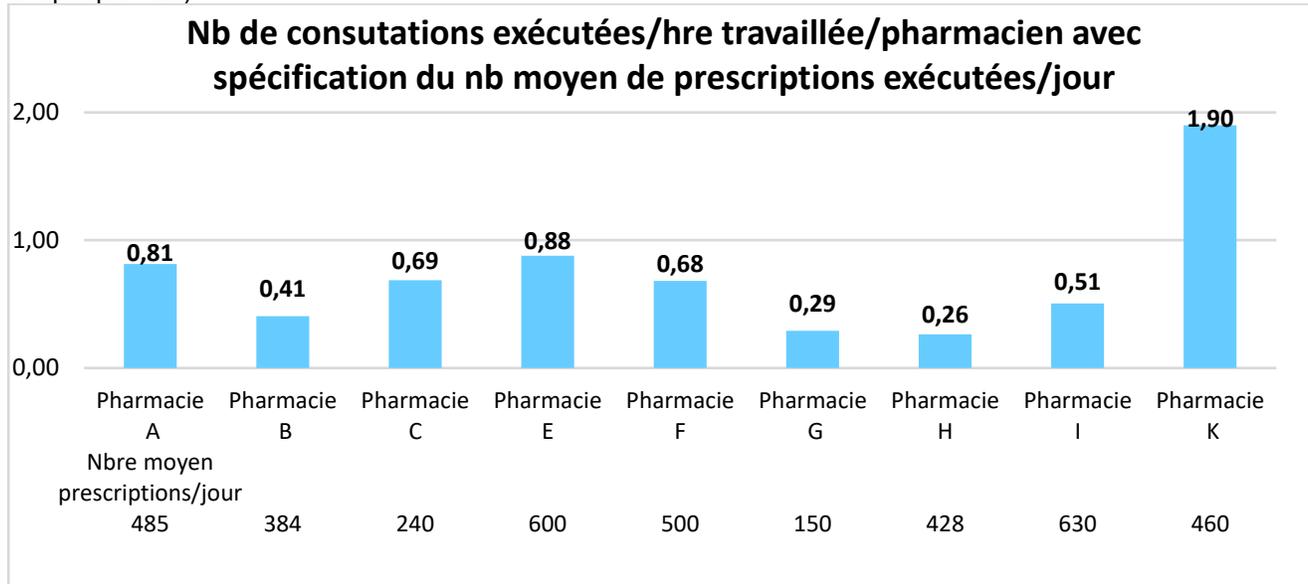


Graphique 1b)



Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

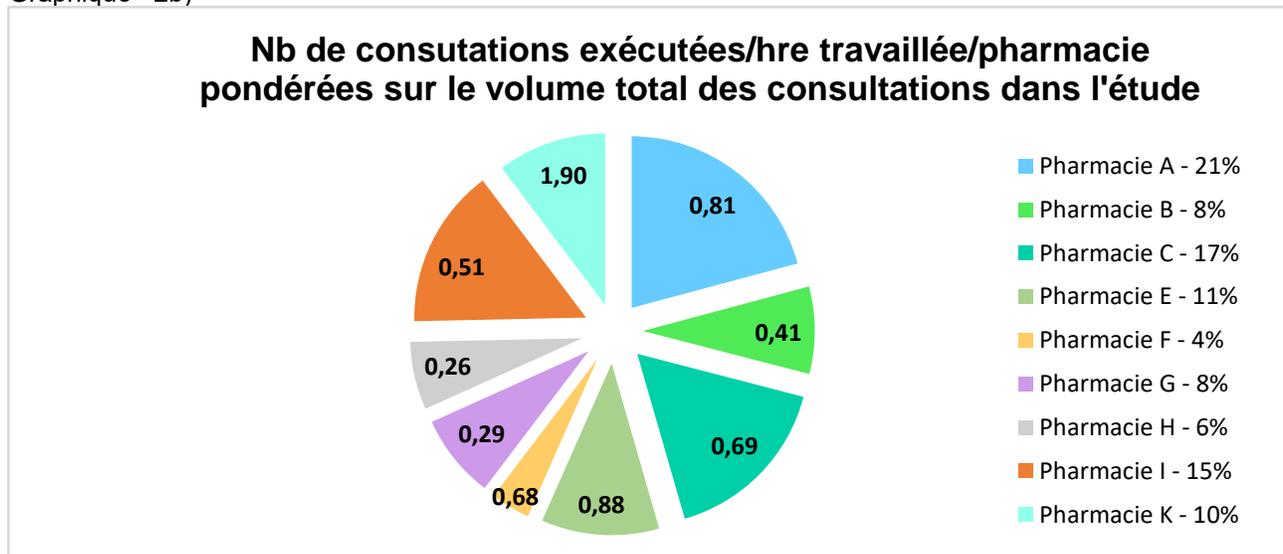
Graphique 2a)



MOYENNE consultations/hre/pharmacien = 0,71

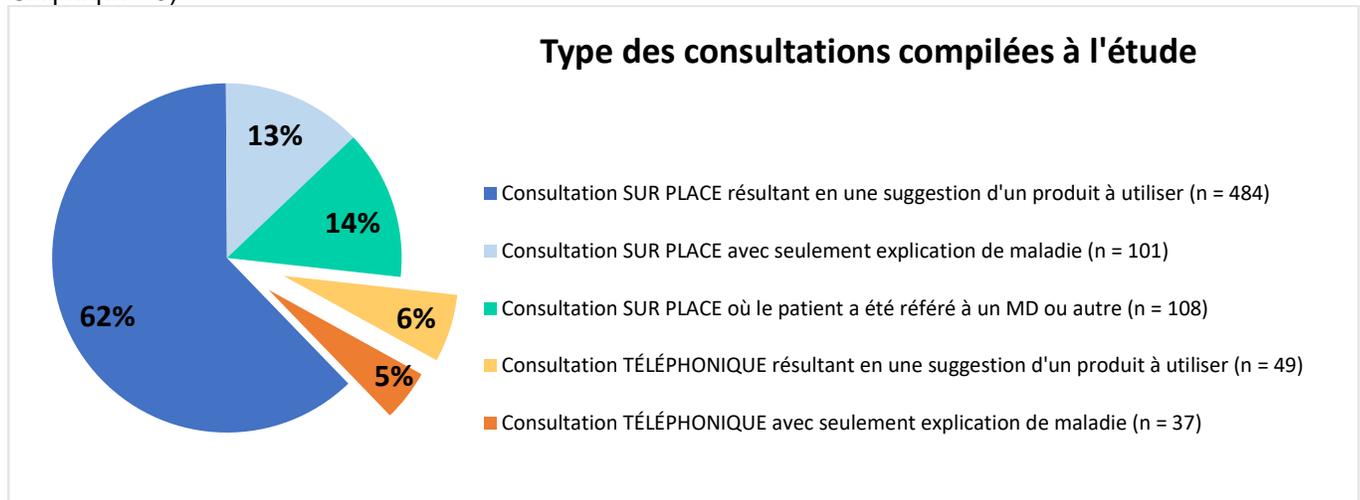
MOYENNE PONDÉRÉE consultations/hre/pharmacien = 0,57

Graphique 2b)

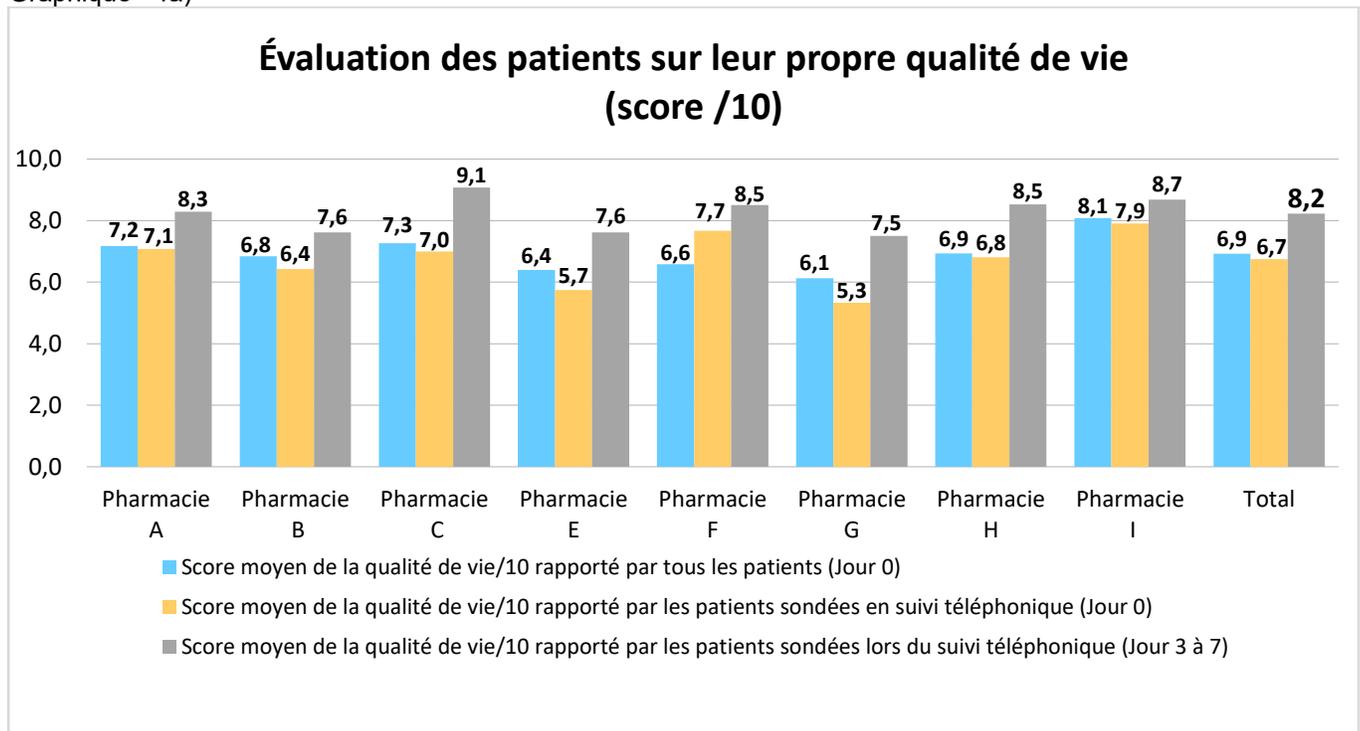


Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Graphique 3)

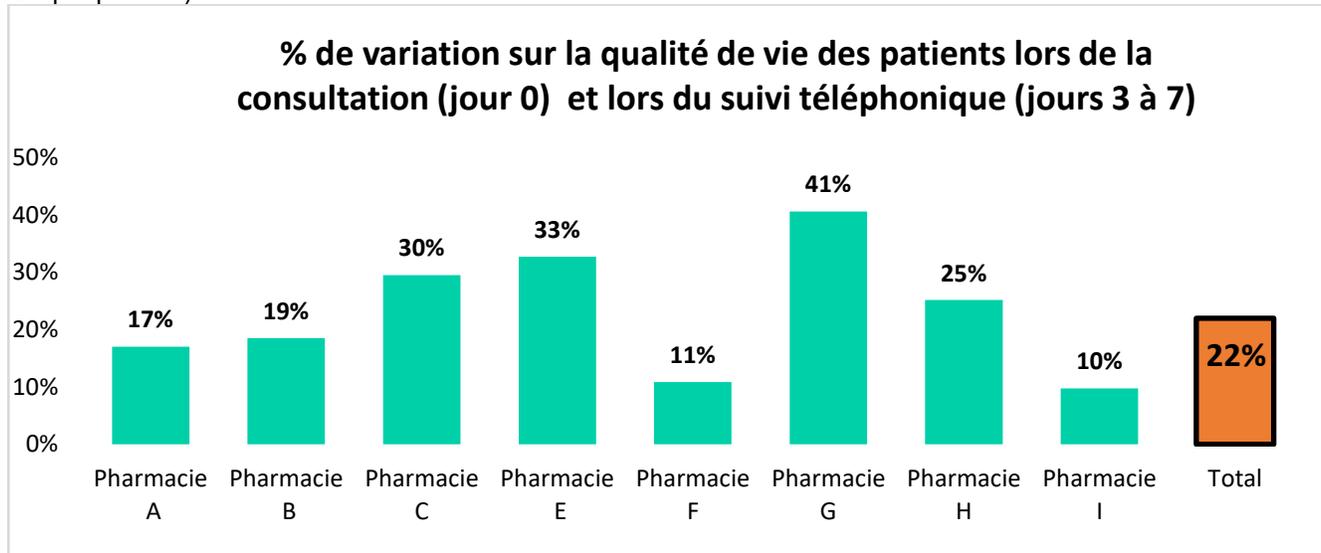


Graphique 4a)

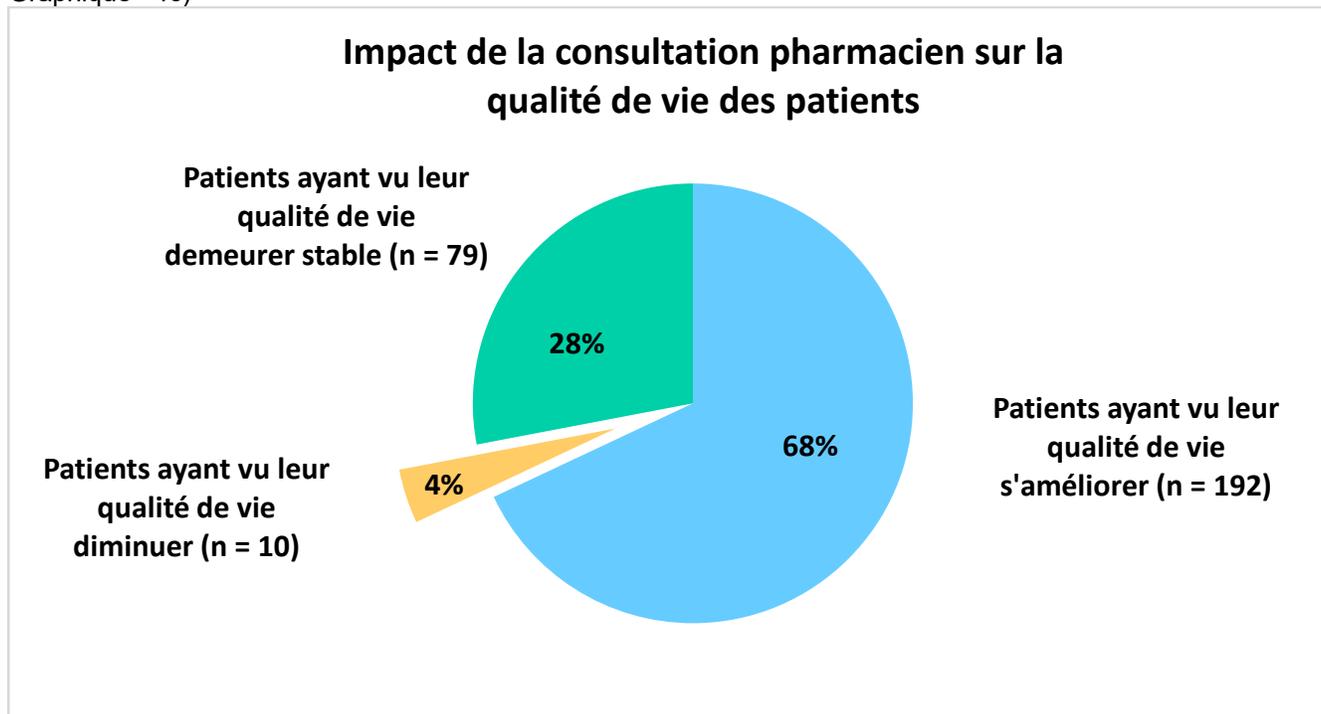


**Étude de la FPQ sur l'étendue et la
catégorisation des consultations santé
indépendantes de prescriptions**

Graphique 4b)



Graphique 4c)



Analyse, pistes de solutions et recommandations

Tout d'abord, revenons sur ce que sont les niveaux de priorité au triage aux urgences. L'Échelle canadienne de triage et de gravité décrit comme suit les cinq différents niveaux : niveau 1 est pour les cas de réanimation ou lorsque la vie est en danger; le niveau 2 signifie que la situation est très urgente et que la condition de santé nécessite une prise en charge rapide; le niveau 3 sera utilisé pour signifier que l'état de santé ne met pas la vie du patient en danger, mais que la situation est tout de même urgente; le niveau 4 lui se décrit comme étant un état de santé moins urgent pour lequel vous ne devez pas nécessairement être pris en charge immédiatement; pour le niveau 5, la condition est classifiée comme non urgente car le problème de santé est sans gravité et que le patient devrait plutôt être traité ailleurs qu'à l'hôpital^{16,17,18,19}.

Pour information, dans les raisons de consultations pour les niveaux priorité 4 ou 5 (P4 – P5), nous pouvons citer en exemple: une réaction allergique mineure, une diarrhée, une brûlure mineure, un mal de tête non migraineux, un rhume, un épisode de constipation, une congestion nasale, un rhume des foins (allergies saisonnières), des demandes de renouvellement d'ordonnance, des hémorroïdes avec ou sans présence de sang, une grippe, une douleur menstruelle, une gastro-entérite ou une infection urinaire^{18,19,20,21}. Par contre, il faut savoir qu'un pharmacien ne pourra jamais prendre en charge toutes les différentes raisons de consultations de niveaux P4 et P5 qui existent. En effet, certains sujets sont plus délicats et nécessitent obligatoirement l'intervention d'un médecin et ce, même s'ils sont de niveau de triage P4 ou P5 ; ce qui est le cas par exemple d'un patient qui se dit être en dépression ou le cas d'une jeune fille qui aurait subi un viol.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Considérant qu'une certaine proportion du 61-64% des consultations de niveau P4 et P5 faites dans les urgences des hôpitaux annuellement étaient transférées, ne serait-ce qu'en partie, vers les pharmaciens d'officine, cela sauverait des dizaines voire des centaines de millions de dollars en consultation annuellement. Cette économie importante découle du fait que cela coûte quelques centaines de dollars au gouvernement pour qu'un médecin voie un patient à l'urgence.

En effet, il y a un coût fixe (en excluant les salaires des médecins et le coût des tests de labo et autres examens) par visite aux urgences qui est de 231,83\$, en 2017-2018²². En ce qui concerne le salaire des médecins aux urgences, ils touchent une moyenne de 97,37\$²³ par patient qui les consulte. De plus, le gouvernement confirme que pour l'ensemble des patients aux urgences (pour l'ensemble des niveaux de priorité au triage, soit de P1 jusqu'à P5) lors de l'année 2016-2017, les coûts totaux pour les tests pris en charge par les laboratoires médicaux ont été de 58 366 184\$²⁴. Par conséquent, même si l'information n'est pas connue à savoir quelles sont les portions de ce montant qui sont reliées aux consultations de niveau P4 et P5, il est logique d'imaginer qu'en évitant certaines consultations aux urgences, que cela ferait diminuer les dépenses par évitement de certains examens et/ou certains tests de laboratoire.

Sur un autre sujet, on ne peut avancer que la chose est nécessairement applicable en ce qui concerne les salles d'urgence mais il est utile de rappeler que le surdiagnostic pourrait au Québec selon le Dr Laurent Marcoux « correspondre à cinq milliards de dollars dépensés chaque année pour des examens et des traitements qui n'apportent rien »²⁵. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a spécifié en 1998 que la littérature scientifique indique que 17% à 30% des analyses de laboratoire sont inutiles²⁵. Quant à elle, en 2014 l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé avance plutôt qu'environ 20% à 50% des tests de laboratoire ne sont peut-être pas appropriés, qu'ils seraient superflus et cliniquement inutiles et que par ailleurs, les frais de laboratoire sont en augmentation disproportionnée par rapport aux autres coûts des soins de santé²⁶. En 2010, dans le cadre de protocoles de recherche exécutés à la Clinique Mayo, il a été démontré que dans 40% des cas, les examens avaient permis de détecter un « incidentalome »²⁵ soit une trouvaille fortuite qui n'a

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

souvent pas de conséquence clinique mais qui peut entraîner une escalade de tests subséquents.

Les données de 2014-2015 du MSSS montrent qu'environ 11,1% des gens se présentant aux urgences quitteront avant même d'avoir rencontré un médecin: ils auront vu une infirmière au triage mais quitteront prématurément car ils seront trop souvent découragés par la longueur du temps d'attente pour voir le médecin. Il est reconnu par le milieu médical que la plupart du temps les patients quittent à cause des délais d'attente pour voir le médecin et ce, pour des pourcentages atteignant parfois jusqu'à 20-25% dans certains hôpitaux^{27,28}. Aussi, il est logique de penser que certains patients des 11% quittant prématurément les urgences nécessitent réellement une consultation médicale et qu'alors, des conséquences et problèmes de santé s'aggravant ainsi que des conclusions catastrophiques voire mortelles doivent arriver parfois. Quoi conclure d'autre que cela a assurément un coût pour notre société : un coût monétaire mais aussi, un coût humain? Le Dr Vadeboncoeur écrit : « J'ai ainsi réalisé des expertises où la conséquence de partir au bout de plusieurs heures d'attente était malheureusement... le décès »²⁹.

Au Québec, la moitié des patients à l'urgence (51%) attendent plus de 4 heures tandis que pour les patients sur civière, qui représentent le tiers des visites, l'attente médiane atteint près de 10 heures, mais elle peut grimper jusqu'à 15 voire 20 heures dans les gros hôpitaux³⁰. De plus, lors de certaines périodes de l'année à cause des problèmes de santé qui sévissent alors, les urgences de nos hôpitaux se retrouvent parfois cruellement surchargées. En effet, pensons à janvier 2018 où les urgences étaient toujours sous pression à cause des cas de grippe et de gastroentérite qui a fait alors bondir le taux d'occupation aux urgences jusqu'à 233% dans un hôpital de la région de Montréal, du jamais vu en cinq ans³¹.

Aussi, il ne faudrait pas généraliser et penser que ce ne sont que lors de ces périodes de l'année spécifiques de surcharge que les urgences rencontrent un trop grand achalandage : il n'est pas rare de constater que les urgences débordent et dépassent plus de la moitié du temps le 100% d'occupation et ce, même en pleine nuit au mois d'avril 2018. Si nous reculons un peu dans le temps, les salles d'urgences sont connues aussi sous pression vu le vieillissement de la population³¹ et même que des données de

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

2016 montrent qu'il y a eu une détérioration du temps d'attente dans 40% des urgences au Québec, ce qui a valu de la part du commissaire à la santé et au bien-être de l'époque, M. Robert Salois, l'affirmation que le temps d'attente dans les urgences au Québec est « le pire en Occident »^{32,33}. De surcroît, M. Salois a su démontrer dans son rapport intitulé « Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec » que les heures d'attentes supplémentaires aux urgences du Québec, en se comparant à la moyenne canadienne, représente quelques 13 millions d'heures en temps de travail et se calcule en 300 millions de \$ en perte. La FPQ quant à elle estime, selon la même méthode de calcul utilisée par le commissaire à la santé et au bien-être, que cette perte (ou économie potentielle) passerait plutôt à minimalement 450 millions de \$ si le triage des cas d'urgences mineures en venait qu'à s'effectuer aussi en partie par les pharmaciens⁴⁷.

Il est d'ordre public, mais semble ne jamais avoir déjà été rapporté de la façon qui suit, que le coût estimé annuel au Québec pour les patients qui voient l'infirmière au triage dans une salle d'urgence d'un hôpital mais qui quittent sans avoir vu le médecin est exorbitant : ce coût dépasse annuellement les 87 000 000 \$. En effet, si l'on considère les données de 2014-2015, il y a eu 378 058 personnes qui ont quitté la salle d'urgence après être passé au triage par l'infirmière, mais avant d'avoir été vu par un médecin. De plus, le coût fixe (excluant les honoraires des médecins et des tests diagnostiques) avancé par le gouvernement lui-même pour chacune des visites aux urgences est de 231,83\$. Ces informations peuvent être déduites et calculées à partir d'une simple multiplication des données suivantes :

- MSSS 2014-2015= 378 058 personnes ayant quitté la salle d'urgence AVANT d'avoir vu un médecin³⁴.
- MSSS 2014-2015= total des consultations durant une période d'un an entre 2014-2015 s'élève à un peu plus de 3 405 000 consultations³⁴.
- MSSS 2016-2017= total des consultations durant une période d'un an entre 2016-2017 s'élève à un peu plus de 3 743 707 consultations³⁵.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

De plus, cette gigantesque somme ne tient pas en compte des heures perdues et des journées d'ouvrage manquées, non plus de la baisse de revenus des gens ni de la baisse de productivité de notre société. De surcroît, ces données ne tiennent pas compte du nombre inconnu de gens qui quittent les salles d'urgence des hôpitaux annuellement avant même d'être passé au triage par l'infirmière ce qui ne permet pas alors d'être répertorié dans le système. Aussi, que dire des coûts de stationnement défrayés inutilement ... encore probablement d'autres centaines de milliers de dollars dépensés sans utilité concrète.

En pharmacie, une multitude de problèmes de santé peuvent être traités sans nécessiter le besoin de voir un médecin: blessures mineures, problèmes mineurs de peau, rhume des foins, verrue plantaire, cors et callosités, diarrhée, constipation, acné, hémorroïdes, rhume et grippe, insomnie, douleurs de presque toutes sortes, fièvre, besoin en vitamine ou arthrose... et j'en passe! En fait, il pourrait logiquement y avoir recommandation de consulter un pharmacien d'emblée pour tout problème de santé mineur suspecté car en plus, le pharmacien est de loin le professionnel de la santé le plus accessible pour les patients et celui qui a aussi la meilleure représentativité géographique partout sur le territoire québécois. La preuve, les pharmaciens sont habitués d'interagir d'une façon ou d'une autre, à chaque semaine, hebdomadairement avec plus de 1,1M de leurs patients. En bref, le pharmacien pourrait suggérer le bon produit et prodiguer les conseils adaptés pour résoudre les différents problèmes du patient. De plus, de prôner cette nouveauté entraînerait assurément au niveau académique et réglementaire une certaine standardisation des interventions santé en pharmacie pour les problèmes de santé mineurs et par conséquent, une amélioration de la qualité des services offerts à la population s'ensuivrait.

Par ailleurs, pour les patients, qui de l'avis du pharmacien doivent être vu par un médecin, il pourrait y avoir une référence écrite afin que l'utilisateur obtienne un passage prioritaire dans une clinique de sans rendez-vous ou à l'urgence d'un hôpital.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Cette proposition cadre parfaitement avec l'Objectif 17 de l'Orientation 3 du dernier Rapport annuel de Gestion 2016-2017 du MSSS soit : Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement. Aussi, il sera assurément avantageux d'impliquer davantage le pharmacien et ses connaissances dans le système de santé et du coup, espérer un impact positif pour aider à diminuer la surconsommation de médicaments par les personnes âgées, problème de santé criant qui est rendu la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés²⁵.

Maintenant, comment faire pour inciter les gens à venir dans les pharmacies pour leurs problèmes de santé mineurs? Par exemple, en instaurant un système de DIN de facturation (qui serait établi par les instances concernées) qui ferait en sorte que toutes les consultations en pharmacie seraient répertoriées. Aussi, les pseudo-DIN seraient à inscrire dans les dossiers-patients et ils pourraient même être répertoriés par la suite dans le DSQ. Par conséquent, le pharmacien informatiserait le tout. S'il ne peut pas, selon son jugement clinique, recommander un traitement à son patient, alors il rédigerait une ordonnance ou document de référence pour consulter un médecin.

Ensuite, avec cette « référence », les patients devraient aller consulter un médecin dans une clinique sans rendez-vous, dans une clinique d'urgences ou à l'urgence même d'un hôpital. De plus, pour ceux qui s'inquiètent de la compétence et des capacités des pharmaciens à pouvoir réaliser ce genre de triage, ou plutôt devrait-on dire évaluation des symptômes et prise de décision, sachez que dans les responsabilités professionnelles afférentes citées par le Code des professions ainsi que par le Code de déontologie de l'Ordre des pharmaciens du Québec², la responsabilité du pharmacien est unique et il se doit de bien l'assumer. En effet, la consultation pharmaceutique pour les médicaments de vente libre demande souvent beaucoup plus d'efforts, comparativement à la consultation avec des médicaments prescrits pour laquelle le médecin a déjà établi le diagnostic, puisque lors d'une telle consultation, c'est le pharmacien qui est l'intervenant de première ligne⁹.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

La concrétisation de cette suggestion pourrait prendre différentes tournures, citons pour exemples la création d'une file d'attente prioritaire pour laquelle tous les patients passeraient en premier ou encore, comme autre possibilité, une seconde file d'attente pour laquelle le médecin aux urgences verrait 3 ou 4 patients y figurant pour l'équivalent d'un seul patient aux urgences n'étant pas passé d'abord en pharmacie pour y obtenir le triage du pharmacien. Cependant, ce processus ne pourra jamais être obligatoire car il faut respecter la liberté de choix des patients, mais il pourrait être fortement encouragé par le MSSS, pour maximiser la satisfaction des patients, désengorger le système et faire des économies à la société.

De plus, ce travail de « triage » par le pharmacien pourrait aussi éventuellement être étendu aux consultations des patients dans des cliniques médicales de sans rendez-vous pour des problèmes de santé mineurs. Dans ce type de clinique, le fait de libérer davantage certains médecins de famille pour qu'ils fassent moins de sans rendez-vous auprès du large public, aurait comme avantage de leurs laisser plus de disponibilités auprès de leurs propres patients qui ont des soucis de santé urgents qui nécessitent obligatoirement une évaluation par un médecin. En lien avec cette idée de trouver d'autres façons de faire pour faciliter l'accessibilité aux soins, le Dr Guy Morissette abonde dans le même sens en indiquant qu'il n'y a donc pas « une seule mesure qui va tout changer ». De plus, le Dr Morissette fait allusion au besoin grandissant d'accès aux lits pour les patients de l'urgence qui en ont besoin tout en rappelant que les patients ambulatoires dont le cas n'est pas jugé prioritaire risquent ainsi d'attendre plus longtemps pour leur consultation, d'où l'intérêt ici de tenter d'améliorer le temps d'attente pour ces 2,3 - 2,4 millions de québécois se présentant à chaque année dans les salles d'urgence³⁶.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Quant à lui, le Dr Vadeboncoeur parle du problème d'accumulation de patients sur civières : « Et quand on dit que c'est une fatalité, la congestion des urgences, c'est dans tous les sens du mot, puisque plusieurs études ont révélé que cette accumulation de patients sur civières augmente leur mortalité, rien de moins. Notamment une étude québécoise³⁷, dirigée par la chercheuse Jane McCusker et à laquelle j'ai participé, a démontré pour la première fois cette conséquence dans notre propre système de soins »³⁸. Dans son Rapport de 2016, M. Robert Salois avait aussi clairement dénoté la chose et l'avait même reconnue comme étant une des trois problématiques majeures ressortant du sondage sur les urgences : « Il y a un manque de prise en charge des personnes âgées vulnérables par la première ligne médicale »³⁹. Pour en rajouter, la solution de toujours et toujours investir plus de dizaines voire de centaines de millions de dollars pour aider à désengorger les urgences québécoises semble ne pas être la solution car depuis au moins 30 ans, d'autres ministres que l'ex-ministre Gaétan Barrette, qui a ajouté depuis l'année dernière un 100 millions \$ annuellement pour diminuer la congestion des urgences, ont tenté l'expérience et cela ne semble pas fonctionner : l'ex-ministre Barrette reproche lui-même aux établissements d'avoir encore de la difficulté à s'en sortir malgré ces investissements³⁸.

De plus, lorsque l'on regarde les données de 2012-2013, on apprend que des 3 423 238 visites annuelles aux urgences, près du 2/3 (soit 61,2%) le sont pour des urgences de niveaux P4 et P5, soient des urgences « moins urgentes » ou « non urgentes »⁴⁰. Pour expliquer cette tendance, certains diront que le problème majeur est celui du manque d'accessibilité aux médecins de famille et que par conséquent, la population va dans les salles d'urgence. D'autres analystes avancent le fait car qu'il manque aussi trop souvent d'endroits où l'on peut consulter un médecin dans une clinique sans rendez-vous. En fait, des données de 2010-2011 montrent que 74% des personnes consultant les urgences pour des problèmes qu'eux-mêmes considèrent non urgents, le font car ils n'arrivent pas à trouver une clinique sans rendez-vous qui est ouverte et qui a un médecin pouvant les recevoir⁴¹; d'où l'intérêt de souligner la grande accessibilité déjà actuelle des pharmaciens d'officine au Québec.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

Aussi, il est reconnu que la zone ambulatoire, où les patients peuvent attendre parfois longtemps, est à risque car même s'ils sont « moins » malades, certains d'eux le sont tout de même assez pour être en danger. En effet, le temps d'attente pourrait avoir des conséquences dramatiques sur la vie des gens²⁹.

Une des réflexions, qui après vérification et analyse auprès de la population deviendrait possiblement un constat, que nous désirons partager aussi par cette étude, est qu'il est encore très plausible en 2018 que les gens ont trop l'habitude de se rendre directement aux urgences des hôpitaux au Québec. Nous croyons que cela survient car il y aurait un manque dans l'accessibilité de services médicaux en première ligne (disponibilité du médecin de famille ou d'un médecin autre dans les cliniques de sans rendez-vous) et aussi, parce que la population est mal informée sur le travail du pharmacien et sur ce qu'il est habileté à faire. Par conséquent, les patients mieux informés bénéficieraient davantage du travail du pharmacien.

Un exemple qu'il y a un besoin non comblé pour les patients qui peinent à se trouver des places gratuites au public pour consulter un médecin dans une clinique médicales sans rendez-vous, est qu'il existe un service privé payant pour les patients qui désirent trouver l'information suivante : où aller pour pouvoir voir un médecin dans une clinique sans rendez-vous? En effet, on peut lire dans un article récemment publié que le nombre de personnes recourant annuellement à ce service au Québec est estimé à environ 240 000 personnes, ce qui reviendrait à une dépense située entre 4 et 5 millions de dollars payés par des gens malades nécessitant de voir un médecin⁴⁶.

Un avantage important du « triage » par le pharmacien serait que les consultations et les traitements recommandés seraient inscrits dans les dossiers-patients en pharmacie. Aussi, ce nouveau type d'intervention pharmaceutique deviendrait facilement vérifiable par le MSSS et l'OPQ selon les nouvelles règles qui auraient alors été établies et les standards de pratique recommandés. De plus, il n'y

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

a pas de questionnement à avoir sur la capacité des pharmaciens à référer leurs patients vers une consultation médicale car déjà présentement, ils sont habitués à référer au besoin leurs patients chez le médecin quand cela le nécessite et donc, cela ne devrait pas changer. En effet, si l'on regarde le graphique #3 de l'Étude-FPQ (Type des consultations compilées à l'étude), on remarque que d'emblée pour les consultations compilées durant le projet de recherche, les pharmaciens ont recommandé à leurs patients d'aller directement consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé dans plus de 14% des cas.

Pour ce qui est des départs prématurés des patients des salles d'urgence des hôpitaux québécois, voici ce que nous en pensons. Le nombre de patients (déjà triés par l'infirmière) quittant la salle d'urgence d'un hôpital sans avoir consulté un médecin : 378 000. Au Québec actuellement, en 2018, il y a 1903 pharmacies d'officine en opération. Les pharmacies d'officine québécoises sont ouvertes en moyenne 75 heures par semaine, soit une moyenne de 10,7h par jour. Voici ce que pourrait représenter comme surplus de travail aux pharmaciens que de s'occuper de ces 378 000 patients.

- Nombres patients aux urgences des hôpitaux / année = 3,4M
- Nombres patients triés quittant prématurément les salles d'urgence = 378 000
- Nombres de patients quittant / pharmacies qui en prendraient bien soin = 199
- Répartis sur 1 année de 365 jours d'ouverture en officine, nombre de consultations supplémentaires à exécuter / jour / pharmacie = 0,54
- Nombres de consultations supplémentaires à exécuter par hre travaillée = 0,05

On arrive à une projection d'environ 1 consultation par 2 journées de travail (ou 0,05 consultation par heure), ce qui est bien en dessous de notre résultat moyen de l'Étude-FPQ qui est de 0,71 consultation par heure.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

En bref, c'est pourquoi la FPQ, après avoir analysé la situation dans son ensemble, conclut à une solution simple, rapidement applicable et efficace qui réglerait pour la population la plupart des problèmes soulevés par cet article.

Concrètement, cette solution serait d'impliquer davantage le pharmacien dans le système de santé et ce, au niveau des consultations et du triage lors de problèmes de santé mineurs.

Bien évidemment, cela entraînerait une réorganisation du travail en officine, mais avec une utilité réelle car ce triage pharmacien, qui serait encadré et structuré, s'insérerait dans le système de santé en entraînant des économies en temps pour tout le monde ainsi que des économies d'argent considérables.

Conclusion

Le contexte économique actuel conjugué à l'important problème d'accessibilité au médecin impose une réflexion quant à l'utilisation optimale et adéquate des différents praticiens: les efforts faits par les différentes professions de la santé lors des dernières années l'ont été pour trouver comment améliorer l'accessibilité des soins. En ce qui concerne les pharmaciens, cela s'applique en surplus du fait que les pharmaciens semblent être les seuls pouvant aider à diminuer grandement les dépenses du système par un travail supplémentaire qu'ils pourraient faire pour libérer davantage les salles d'urgences des hôpitaux en s'occupant d'un certain nombre de patients aux prises avec un problème de santé mineur.

En effet, cette étude a prouvé que les pharmaciens effectuent des consultations santé et que l'impact santé (appréciation par les patients eux-mêmes de leur qualité de vie) est très positif chez les patients qui en profitent. Donc, pour le bénéfice de la population québécoise, il est primordial de pleinement utiliser l'expertise du pharmacien car en plus de leurs connaissances de pointe, les pharmaciens sont déjà établis sur tout le territoire québécois, sont tous aussi reliés au Dossier Santé Québec (DSQ) et ils sont habiletés à en faire plus pour la population lorsque des problèmes de santé mineurs surviennent. Il en résulterait une meilleure accessibilité des différentes ressources de santé (*Objectif 4 de l'Orientation 2* du Rapport annuel MSSS 2016-2017), une réduction des coûts et ce, tout en respectant le libre-choix du patient. De plus, une diminution du nombre de consultations aux urgences libèrerait du temps aux médecins qui alors pourraient en investir plus auprès de leurs patients pour travailler encore plus selon la nouvelle tendance médicale, soit la médecine préventive (ou personnalisée ou participative selon l'appellation) qui vise davantage à favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé, ce qui est *l'Objectif 1 de l'Orientation 1* qui est poursuivi par le ministère dans le Rapport annuel de Gestion 2016-2017 du MSSS.

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

En somme, vu la grande faisabilité du triage-évaluation par les pharmaciens, vu le trop grand nombre de patients qui consultent encore les salles d'urgences des hôpitaux, vu les coûts élevés de ce que coûte une visite d'un patient aux urgences, alors pour chaque 33% du total annuel des consultations de niveau P4 et P5 qui seraient effectuées par des pharmaciens au lieu de l'être par des médecins aux urgences, l'économie potentielle annuelle pour le système de santé pourrait avoisiner minimalement les 250 Millions de \$ tandis que si le deux tiers, soit 66% des consultations de niveau P4 et P5, seraient effectuées par les pharmaciens, cela représenterait un surplus de travail de deux consultations santé par jour par pharmacie mais avoisinerait plutôt comme économie les 500 Millions de \$. En fait, nous croyons que cela mérite réflexion^{22,23,24,35}.

D'une part, les sommes dont il a été question jusqu'ici dans cet article, relèvent seulement de ce qui est la réalité dans les salles d'urgence du Québec. D'autre part, il est difficile de trouver l'information à savoir le nombre de visites annuelles s'exécutant actuellement dans des cliniques médicales au sans rendez-vous par les médecins québécois. Cependant, on doit réaliser que si le triage pharmacien voyait éventuellement le jour, il y aurait assurément deux types de patients : ceux qui consulteraient le pharmacien au lieu d'aller à l'urgence d'un hôpital et ceux qui consulteraient le pharmacien au lieu d'aller voir un médecin dans une clinique médicale faisant du « sans rendez-vous ». Donc, le triage par le pharmacien aurait le pouvoir de diminuer le nombre de visites de médecin dans ces deux types d'établissements et par conséquent, pourrait entraîner des économies d'argent sur ces deux fronts.

Aussi, dans les données de mars 2018 sur la dette de la santé au Québec, nous apprenions qu'elle a augmenté de 8 milliards \$ lors de 10 dernières années pour atteindre un niveau de 13,3 milliards, ce qui a entraîné une dépense supplémentaire aux québécois, que pour payer les intérêts sur la dette, de plus de 900 millions \$ par année⁴². Sans oublier les augmentations de salaires des gens dans le réseau,

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

augmentations octroyées par les gouvernements à coup de plusieurs milliards \$ lors des dernières années. D'autre part, le chantier de construction des Méga-Cliniques publiques planifiées un peu partout au Québec est encore en cours. Cela vise un transfert des consultations-santé pour problèmes de santé mineurs (les P4 et P5) des hôpitaux vers ces cliniques, aux dires de l'ex-ministre Gaétan Barrette. Cela coûtera assurément moins d'argent de traiter ces patients là qu'aux urgences. En revanche, lorsqu'on regarde le coût fixe aux urgences qui est de 231,81\$ par visite, on peut se questionner à savoir combien coûtera l'ensemble des frais fixes additionnés du salaire du médecin au sans rendez-vous...

Les Méga-Cliniques ne seraient-elles pas l'endroit où devraient, pour optimiser l'efficacité et les coûts du système de santé, être idéalement dirigées les consultations P3 ainsi que les consultations P4 et P5 impossibles d'être prises en charge par les pharmaciens?

Références

1. Rapport Annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016-2017.
2. Code de déontologie du pharmacien, articles 33, 36 et 41. www.opq.org.
3. Journal de Montréal
HÉLOÏSE ARCHAMBAULT
Mercredi, 13 mai 2015
Urgences: Les patients tellement tannés d'attendre qu'ils quittent sans voir un médecin
Plus d'un Québécois sur 10 quitte l'urgence de l'hôpital, exaspéré, avant d'avoir vu un médecin.
4. Jeff Taylor, PhD, OTC Counseling: Review of Pharmacists Performance, Medscape - Aug 16, 2001.
5. The Value of OTC Medicines to the United States , Booz & Co., Jan. 2012.
6. OTC Value > Statistics on OTC Use, CPHA Consumer Healthcare Products Association, 2015.
7. Darshana Bennadi . Self-medication: A current challenge. J Basic Clin Pharm. December 2013-February 2014; 5(1): 19–23. doi: [10.4103/0976-0105.128253](https://doi.org/10.4103/0976-0105.128253).
8. Roy, Johanne, (SANTÉ Urgences, 2017, 10 mars). « Débordés par des cas non urgents ». Le Journal de Montréal (Montréal), Actualité, p. 9.
9. Geneviève Tirman, chargée d'enseignement Univ. Laval, B. Pharm., diplôme de 2e cycle en pharmacie communautaire. Consultation pharmaceutique pour les médicaments en vente libre. Profession Santé, cahier de FC de L'actualité pharmaceutique, août 2011.
10. Yvette C. Terrie, BSPHarm, Rph, Pharmacists—an essential patient resource for the proper selection and use of OTC products. Pharmacy Times, OTC Medication Safety, JUNE 21, 2015.
11. Power B. Communicating with patients: Triage and assessment of the self-treating consumer. Dans: Patient Self-Care. Ottawa: CPHA, 2010: 26-30. 3.
12. Jones R, Charlton J, Latinovic R, et coll. Alarm symptoms and identification of non-cancer diagnoses in primary care : Cohort study. BMJ 2009; 339: 3094. 4.
13. Porter RS. Kaplan JL. Homeier BP. The Merck manual of patient symptoms 2008.
14. LE CHOIX DES PHARMACIENS. Grand sondage annuel sur les MVL, L'actualité pharmaceutique et Drugstore Canada, 2009-2010.
15. Suleiman AK. Self-medication and the advisory role of pharmacists in Riyadh, Saudi Arabia. Arch Pharma Pract [serial online] 2013 [cited 2017 Apr 22];4:180-5. Available from: <http://www.archivepp.com/text.asp?2013/4/4/180/123228>

Étude de la FPQ sur l'étendue et la catégorisation des consultations santé indépendantes de prescriptions

16. LE PROTECTEUR DU CITOYEN, Attente à l'urgence : ce que vous devez savoir.
17. CHU de Québec Université Laval, Triage aux urgences.
18. ÉTG: L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Version datée du 17 décembre 1998.
19. ÉTG: L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Version datée d'octobre 2011.
20. Attente à l'urgence: ce que vous devez savoir. / Protecteur du Citoyen
21 décembre 2015.
21. Triage aux urgences / CHU de Québec-Université Laval.
22. Demande au MSSS; Service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle. Demande d'accès
N/Réf. : 1847 00/2017-2018.307
23. Demande au RAMQ; Service de la gestion informationnelle des banques de la Régie, Direction de
l'analyse et de la gestion de l'information et au MSSS : Direction des services d'urgence. N/Réf :
Tableau SM21 – ORIS, 2016.
24. Demande au MSSS; Accès à l'information, protection des renseignements personnels, propriété
intellectuelle et gestion documentaire. : Demande d'accès N/Réf : 1847 00/2018-2019.023
25. L'actualité
VALÉRIE BORDE
12 SEPTEMBRE 2014
SANTÉ ET SCIENCE : Halte au surdiagnostic!
26. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).
10 octobre 2014
Preuves à l'appui : Projets d'optimisation de l'utilisation des tests de laboratoire.
27. leDroit
JUSTINE MERCIER
8 novembre 2017
Quitter L'urgence sans voir un médecin.
28. Journal de Montréal
HÉLOÏSE ARCHAMBAULT
Samedi, 27 septembre 2014
Actualités: Les patients partent avant d'avoir vu un médecin.
Un patient sur quatre quitte l'urgence sans voir de médecin.

- 29.** L'actualité
ALAIN VADEBONCOEUR
10 novembre 2017
SANTÉ ET SCIENCE : Attendre assis aux urgences.
- 30.** Journal de Montréal
PATRICK DÉry
Mardi, 17 octobre 2017
Comment un hôpital suédois réduit le temps d'attente à l'urgence.
- 31.** AGENCE QMI
Samedi, 6 janvier 2018
Attente dans les urgences: grippe, gastroentérite et population vieillissante, un cocktail explosif.
- 32.** Journal de Montréal
HAROLD GAGNÉ
Dimanche, 12 février 2017
Hôpitaux du Québec : le temps d'attente s'allonge dans 40% des urgences.
- 33.** Le Soleil
VALERIE GAUDREAU
2 juin 2016
Urgences : le Québec a le pire temps d'attente en Occident.
- 34.** Rapport Annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2014-2015
- 35.** Rapport Annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016-2017
- 36.** Le Droit
JUSTINE MERCIER
13 JUILLET 2017
Urgences: prise en charge moins rapide que la moyenne
- 37.** www.PubMed.gov
[Acad Emerg Med. 2014 Oct;21\(10\):1092-100. doi: 10.1111/acem.12480](https://doi.org/10.1111/acem.12480)
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25308131
- 38.** L'actualité
ALAIN VADEBONCOEUR
26 janvier 2018
SANTÉ ET SCIENCE : Pourquoi nos urgences débordent autant.
- 39.** Rapport du Commissaire à la Santé et au Bien-Être : APPRENDRE DES MEILLEURS: Étude comparative des urgences. 2016.
- 40.** Rapport du Commissaire à la Santé et au Bien-Être : Les Urgences au Québec: évolution de 2003-2004 à 2012-2013.

41. Institut de la Statistique du Québec. Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les québécois. Volume 4. Tableau A2.
42. Journal de Montréal
ERIC YVAN LEMAY
Mardi, 26 juin 2018
Enquête: Trois hôpitaux font sauter la dette.
43. Brigitte Milord (CIRANO), Claude Montmarquette (Université de Montréal et CIRANO). Étude sur la transparence des prix en pharmacie. Pour le groupe de travail de l'Ordre des Pharmaciens du Québec sur le sujet. Août 2014.
44. LE DEVOIR
AMÉLIE DAOUST-BOISVERT
16 octobre 2018
Santé
La pénurie de médecins de famille risque de s'aggraver.
45. Boulenger, S., Motulsky, A. & Paré, G. (2018). Fréquence, nature et effets des conseils prodigués par les pharmaciens communautaires au Québec. Rapport de recherche #18-01, Chaire de recherche en santé connectée, HEC Montréal, 68 pages.
46. LE DEVOIR
AMÉLIE DAOUST-BOISVERT
22 septembre 2018
Santé
Bonjour-santé facture des frais illégaux, tranche la RAMQ.
47. CNW Telbec
Québec
2 juin 2016
Performance du système de santé et de services sociaux québécois – Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec.

ANNEXES