



## PROJET DE LOI N<sup>o</sup> 31

*Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie  
afin de favoriser l'accès à certains services*

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements  
de santé du Québec présenté à la Commission de la santé et  
des services sociaux

Le 3 octobre 2019

## AVANT-PROPOS

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*<sup>1</sup>. Sa mission comprend deux volets, soit la valorisation et l'avancement de la pratique pharmaceutique, qui s'appuie sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres, et la défense et la progression des intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente près de 1 700 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé en plus d'établissements privés conventionnés. Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent au moins un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie obtenu au terme de quatre années d'études, soit douze sessions. En outre, la très grande majorité d'entre eux ont suivi une formation de second cycle, c'est-à-dire une maîtrise en pharmacothérapie avancée. Par ailleurs, un nombre grandissant de pharmaciens détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (oncologie, psychiatrie, gériatrie, etc.) décerné par l'organisme américain Board of Pharmacy Specialties (BPS).

Depuis plus de 35 ans, les pharmaciens d'établissements, dont les chefs et chefs adjoints de départements de pharmacie, sont membres à part entière du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de leur établissement. De plus, de nombreux pharmaciens d'établissements font partie du comité exécutif du CMDP et certains le président ou l'ont déjà présidé. Rappelons aussi qu'un pharmacien, désigné par le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), siège au conseil d'administration de chacun des établissements de santé du Québec.

---

<sup>1</sup> *Loi sur les syndicats professionnels*, RLRQ, c. S-20

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>AVANT-PROPOS.....</b>                                                                                                                 | <b>i</b>    |
| <b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>                                                                                                           | <b>1</b>    |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                                                                                                | <b>2</b>    |
| <b>1. EXERCICE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....</b>                                                                        | <b>3</b>    |
| 1.1. Formation universitaire.....                                                                                                        | 3           |
| 1.2. Cinq axes de pratique .....                                                                                                         | 4           |
| 1.3. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....                                                                                 | 6           |
| 1.4. Équipe interdisciplinaire et accès aux données cliniques .....                                                                      | 7           |
| 1.5. Statut des établissements publics de santé.....                                                                                     | 8           |
| <b>2. CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE .....</b>                                                                                             | <b>8</b>    |
| 2.1. Projet de loi N° 90.....                                                                                                            | 9           |
| 2.2. Projet de loi N° 41.....                                                                                                            | 10          |
| <b>3. PROJET DE LOI N° 31 ARTICLE PAR ARTICLE .....</b>                                                                                  | <b>11</b>   |
| 3.1. Article 2 (modification de l'article 17 de la <i>Loi sur la pharmacie</i> ).....                                                    | 11          |
| 3.2. Articles 4 et 5 .....                                                                                                               | 15          |
| 3.3. Article 6 .....                                                                                                                     | 15          |
| <b>CONCLUSION .....</b>                                                                                                                  | <b>16</b>   |
| <b>ANNEXE 1 - AXES DE LA PRATIQUE EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT .....</b>                                                                 | <b>A-1</b>  |
| <b>ANNEXE 2 - RÉSUMÉ DES PRINCIPALES ÉTUDES PIVOTS SUR LES RETOMBÉES DES ACTIVITÉS<br/>CLINIQUES DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT .....</b> | <b>A-6</b>  |
| <b>ANNEXE 3 - PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION DES ORDONNANCES<br/>COLLECTIVES ET PROTOCOLES INTERDISCIPLINAIRES .....</b>       | <b>A-8</b>  |
| <b>ANNEXE 4 - MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE .....</b>                                                                                   | <b>A-10</b> |
| <b>ANNEXE 5 - CARTOGRAPHIE DU PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION<br/>D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE.....</b>                          | <b>A-15</b> |
| <b>ANNEXE 6 - LISTE DE PROPOSITIONS.....</b>                                                                                             | <b>A-17</b> |

## INTRODUCTION

Le projet de loi (PL) n° 31<sup>2</sup> met en lumière la volonté de la ministre de la Santé et des Services sociaux de faciliter l'accès de la population québécoise à des soins et services de santé. Il vient élargir davantage le rôle des pharmaciens qui a longtemps été sous-estimé par les autorités. De nos jours, les pharmaciens occupent une place grandissante non seulement dans les soins et services de première ligne, mais aussi de deuxième et de troisième ligne, auprès des patients hospitalisés, suivis en cliniques externes et hébergés en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Soulignons que 1 663 pharmaciens des 9 465 inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) au 31 mars 2018 exerçaient en établissement, soit 17 % de l'effectif total.

Les pharmaciens d'établissements de santé se situent à l'avant-garde de la pratique pharmaceutique à de nombreux points de vue. Ils contribuent à améliorer la sécurité et l'efficacité de la thérapie médicamenteuse des patients, spécialement lorsque celle-ci est complexe ou très complexe (médicaments d'oncologie, de soins intensifs, de cardiologie et autres) ou que les patients sont particulièrement vulnérables à la pharmacothérapie (par exemple, personnes âgées, patients souffrant de multiples pathologies ou de problèmes de santé mentale). Qui plus est, l'environnement dans lequel les pharmaciens d'établissements évoluent favorise le déploiement de leur expertise. D'abord, le travail interdisciplinaire omniprésent en établissement de santé permet à divers professionnels, dont les pharmaciens, de contribuer aux soins par leurs compétences distinctes, dans l'intérêt des patients. De plus, étant présents au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les pharmaciens d'établissements interagissent pleinement avec leurs collègues médecins dans le cadre des structures cliniques de l'établissement et contribuent à l'organisation des soins et services. Soulignons, par ailleurs, que le CMDP doit s'assurer de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens, en plus de la qualité des actes que posent ces professionnels de la santé.

Par conséquent, le contexte de pratique des pharmaciens d'établissements de santé ainsi que leur formation de deuxième cycle et leur expertise constituent des conditions propices à une pratique avancée des soins de santé. L'Association des pharmaciens des établissements de santé considère qu'il est raisonnable de demander que des modifications soient apportées à la *Loi sur la pharmacie*<sup>3</sup> en s'appuyant

---

<sup>2</sup> *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*, projet de loi n° 31 (Consultations particulières et auditions publiques), 1<sup>re</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., (Qc)

<sup>3</sup> *Loi sur la pharmacie*, RLRQ, c. P-10

sur leurs conditions d'exercice et pour leur permettre d'offrir des soins et services pharmaceutiques dans un cadre qui favorise plus d'efficience et d'autonomie, *a fortiori* dans le contexte de pénurie importante de pharmaciens dans les établissements<sup>4</sup>.

## **1. EXERCICE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

Les pharmaciens d'établissements évoluent dans un contexte qui diffère considérablement de celui de leurs collègues de la pharmacie privée. De plus, bien qu'ils partagent plusieurs caractéristiques professionnelles avec l'ensemble des pharmaciens québécois, les pharmaciens d'établissements se distinguent sur un certain nombre d'aspects dont il nous semble essentiel de traiter sommairement dans ce mémoire.

### **1.1. FORMATION UNIVERSITAIRE**

D'abord, les pharmaciens d'établissements de santé sont, comme tous les pharmaciens du Québec, détenteurs d'un diplôme de premier cycle universitaire (baccalauréat en pharmacie ou doctorat professionnel en pharmacie) nécessitant quatre ans d'études. En outre, près de 80 % d'entre eux détiennent un diplôme d'études de second cycle en pharmacie d'établissement. Il s'agit d'une maîtrise en pharmacothérapie avancée.

D'une durée de 16 mois, le programme de maîtrise se divise en trois champs d'activités principaux. Tout d'abord, une série de cours didactiques permet au résident en pharmacie d'acquérir les connaissances théoriques sur le traitement des pathologies rencontrées surtout en milieu hospitalier<sup>5</sup>. Ensuite, le résident mène des travaux de recherche comportant la rédaction d'un mémoire, ce qui le familiarise avec la méthodologie de la recherche et la publication des résultats. Finalement, il réalise des stages cliniques dans les établissements de santé (résidence), principalement aux unités de soins des établissements ayant une mission d'enseignement. Ces stages sont encadrés par des pharmaciens cliniciens qui agissent comme modèles de pratique et qui assurent l'évaluation du résident. Ce programme fournit au pharmacien les connaissances nécessaires à la prise en charge des patients ayant des thérapies

---

<sup>4</sup> A.P.E.S. *Les soins pharmaceutiques en établissement de santé freinés par le manque de pharmaciens*; 2019 [en ligne] [https://www.apesquebec.org/sites/default/files/salle\\_presse/communiqués\\_presse/20190319\\_PUB\\_effectifs\\_communique.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/salle_presse/communiqués_presse/20190319_PUB_effectifs_communique.pdf)

<sup>5</sup> A.P.E.S. *Position de l'A.P.E.S. sur l'embauche de pharmaciens diplômés du 1<sup>er</sup> cycle universitaire en pharmacie dans les établissements de santé*; 2015. [en ligne] <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20150327-position-embauche-1cycle.pdf>

médicamenteuses complexes et à la prestation des soins pharmaceutiques secondaires et tertiaires. Il s'appuie sur l'utilisation d'informations basées sur des preuves scientifiques. Il favorise la participation du résident aux équipes interprofessionnelles. Il le prépare également à prendre part à la formation des étudiants en pharmacie et à celle des professionnels de la santé sur les médicaments. De plus, la résidence permet au pharmacien de comprendre la gestion d'un département de pharmacie, dont celle du circuit du médicament, et d'y participer.

La formation universitaire des pharmaciens a considérablement évolué au cours des dernières années. Le programme de premier cycle est passé d'un baccalauréat en pharmacie auquel s'ajoutait un stage demandé par l'Ordre des pharmaciens du Québec à un doctorat professionnel intégrant de nombreux stages et qui rend les étudiants admissibles à l'exercice de la pharmacie dès la remise de leur diplôme. Ce rehaussement de la formation de premier cycle a aussi entraîné une refonte complète du programme de maîtrise, qui favorise le développement des compétences et la préparation des pharmaciens à gérer toute la complexité des thérapies médicamenteuses en établissement de santé. Ce programme de deuxième cycle a d'ailleurs fait l'objet, il y a quelques années, d'une demande infructueuse de reconnaissance d'une première spécialité en pharmacie auprès de l'Office des professions du Québec<sup>6</sup>.

Tout ce bagage universitaire fait du pharmacien d'établissement de santé le professionnel le mieux formé en pharmacothérapie.

## **1.2. CINQ AXES DE PRATIQUE**

La pratique en établissement de santé se décline en cinq axes, soit les soins pharmaceutiques, les services pharmaceutiques, l'enseignement, la recherche ainsi que la gestion et les affaires professionnelles. Les soins pharmaceutiques réalisés à l'unité de soins constituent le rôle central pour lequel le pharmacien d'établissement a été formé en vue d'assurer un usage optimal et sécuritaire des médicaments. Ils réfèrent à un processus qui inclut une évaluation des besoins, l'établissement d'un plan intégrant les objectifs pharmacothérapeutiques et le suivi de ce plan. Dans ce cadre, le pharmacien d'établissement de santé peut notamment initier, ajuster ou cesser des médicaments. D'un point de vue d'une saine utilisation des ressources en établissement, le pharmacien devrait donc consacrer une part notable de ses heures de travail aux soins pharmaceutiques. Cette approche est porteuse tant pour les patients (qualité des soins,

---

<sup>6</sup> A.P.E.S., Ordre des pharmaciens du Québec. *La spécialisation en pharmacie, une réponse aux besoins de la population québécoise – Reconnaissance d'une spécialité en pharmacothérapie avancée*; 2012. [en ligne] [https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/publications-conjointes/20120400\\_public-conj\\_specialisation.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/publications-conjointes/20120400_public-conj_specialisation.pdf)

efficacité et sécurité de la thérapie médicamenteuse) que pour les établissements de santé (entre autres, optimisation de l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques, diminution de la durée des hospitalisations, du nombre de consultations à l'urgence et de réhospitalisations).

Les services pharmaceutiques représentent la base de ce que doit offrir le pharmacien d'établissement. Il s'agit de la validation des ordonnances et des activités entourant la distribution des médicaments aux patients hospitalisés, hébergés ou parfois, suivis en cliniques ambulatoires. Ce travail consiste à faire en sorte que toutes les ordonnances des médicaments à servir dans l'établissement soient révisées et approuvées par un pharmacien avant que le médicament ne soit donné au patient, et que le bon médicament et les instructions d'administration soient acheminés au personnel infirmier responsable du patient. Les services pharmaceutiques ne sont pas réalisés à l'unité de soins, mais dans des locaux qui leur sont consacrés, soit la pharmacie, généralement situés dans l'établissement de santé.

L'enseignement fait partie inhérente du rôle du pharmacien d'établissement. Plus de la moitié des stages offerts aux étudiants de premier cycle en pharmacie ont lieu dans les établissements de santé, sous la supervision des pharmaciens. Il s'agit là d'une lourde tâche pour un groupe qui ne représente que 17 % de l'effectif total des pharmaciens du Québec. À cet enseignement s'ajoute la formation des externes et des résidents en médecine, en plus de tous les autres professionnels qui reçoivent une formation sur les médicaments. On sollicite et consulte régulièrement le pharmacien pour son expertise et ses connaissances spécifiques sur les médicaments complexes. Il est appelé à assister d'autres professionnels soignants dans la recherche de solutions à des problèmes pharmacothérapeutiques. On le demande aussi pour offrir des conférences à d'autres professionnels de la santé et à des collègues pharmaciens.

En recherche, le pharmacien d'établissement de santé occupe une place croissante, que ce soit pour lancer des études cliniques ou y collaborer, pour procéder à des revues systématiques de la pharmacothérapie dans son établissement ou pour organiser les services pharmaceutiques à offrir dans le cadre d'études cliniques. Les pharmaciens voient leur intérêt pour la recherche alimenté dès le programme de maîtrise, puisque ce programme comporte la réalisation d'un projet dans lequel le résident agit à titre de chercheur principal. Ce projet couvre toutes les étapes, depuis la rédaction du protocole jusqu'à la publication des résultats, en passant notamment par l'approbation du projet par le comité d'éthique de l'établissement et la validation du formulaire de consentement des patients le cas échéant.

Finalement, la gestion et les affaires professionnelles font partie intégrante des activités de tous les pharmaciens d'établissements, en plus d'être au centre de la fonction des pharmaciens gestionnaires (chefs, chefs adjoints et adjoints). Rappelons que la gestion des départements de pharmacie est assurée

par des pharmaciens dans un contexte de collégialité, où le fondement clinique des décisions rend très singulier cet exercice de la gestion. L'article 189 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit le rôle du chef de département de pharmacie. Il stipule qu'il est responsable de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles du département. Depuis la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) en 2015, les services du Département de pharmacie se sont étendus à tout le territoire du CISSS ou du CIUSSS et couvrent donc hôpitaux, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centres de réadaptation, maisons de soins palliatifs, centres jeunesse, centres de détention et autres installations.

Vous trouverez à l'annexe 1 des explications plus complètes de chacun des axes de la pratique de la pharmacie en établissement de santé.

### **1.3. CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS**

C'est en 1983 que les pharmaciens d'établissements ont intégré le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le Service de pharmacie est alors devenu Département clinique de pharmacie<sup>7</sup>, sous l'autorité exclusive du directeur des services professionnels (DSP). Cette transformation profonde a donné un essor extraordinaire à la pratique des pharmaciens d'établissements. Ce rapprochement naturel entre les médecins et les pharmaciens a mené à la collaboration étroite que l'on connaît aujourd'hui dans les établissements de santé. Cette collaboration favorise un usage optimal et sécuritaire des médicaments et offre aux médecins un meilleur soutien en matière de pharmacothérapie, le tout dans l'intérêt des patients.

Chaque pharmacien travaillant dans un établissement de santé doit détenir un statut au sein du CMDP. Une fois que ce professionnel du médicament l'a obtenu, le conseil d'administration de l'établissement officialise l'embauche de tout nouveau pharmacien par une résolution formelle. Le pharmacien devient alors membre du CMDP. Il s'agit d'un acte important, puisque dès lors, le CMDP se porte garant vis-à-vis du conseil d'administration des compétences du pharmacien et de la qualité des actes pharmaceutiques qu'il pose. À cette fin, le pharmacien accepte que sa candidature soit évaluée par le comité d'examen des

---

<sup>7</sup> Bussières, Jean-François et Marando, Nancy. *De l'apothicaire au spécialiste, Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec*. « Chapitre 6 : Structure et organisation du département de pharmacie ». A.P.E.S.; 2011. [en ligne] [https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/histoire\\_pharmacie\\_hospitaliere\\_quebec/apothicaire\\_au\\_specialiste/20110500-apothicaire-specialiste-complet.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/histoire_pharmacie_hospitaliere_quebec/apothicaire_au_specialiste/20110500-apothicaire-specialiste-complet.pdf)

titres et que les soins et services pharmaceutiques qu'il dispense fassent l'objet d'une évaluation continue de la part du CMDP.

Le pharmacien d'établissement doit observer toutes les règles émanant du CMDP, se soumettre à l'évaluation de cette instance et s'acquitter d'une importante obligation de reddition de comptes. Toute infraction aux règles en vigueur ou toute déviation aux standards de pratique peut faire l'objet d'une plainte qui sera transmise au médecin examinateur. Le pharmacien d'établissement accepte donc également de se soumettre au processus disciplinaire prévu en cas de plainte à son endroit.

Le cadre rigoureux dans lequel évoluent les pharmaciens est exactement le même que celui réservé aux médecins et aux dentistes de l'établissement. Le CMDP constitue donc une structure unique qui exerce un contrôle sur les pratiques professionnelles et qui offre une garantie de qualité et de pertinence des actes posés.

#### **1.4. ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE ET ACCÈS AUX DONNÉES CLINIQUES**

Les pharmaciens d'établissements mettent constamment à contribution leur expertise dans de nombreuses sphères d'activité de l'établissement, puisque le médicament occupe un rôle central dans la prestation des soins et des services de santé. Que ce soit par leurs activités cliniques dans les différentes équipes de soins, l'implantation d'un circuit du médicament performant et sécuritaire, l'élaboration et l'application de la liste des médicaments pouvant être utilisés dans l'établissement (communément appelée *formulaire des médicaments*) ou encore par la participation aux groupes d'approvisionnement en médicaments, les pharmaciens contribuent grandement à améliorer la prestation de soins et de services pharmaceutiques, tout en freinant l'augmentation des dépenses en médicaments.

Plusieurs études font état des retombées bénéfiques et tangibles des activités cliniques des pharmaciens d'établissements. L'annexe 2 présente un résumé de ces répercussions. Le rôle fondamental des pharmaciens d'établissements consistant à baser leurs décisions sur des analyses fondées sur des données probantes exige une grande rigueur de la part de ces professionnels de la santé qui sont toujours à la recherche du meilleur traitement au meilleur prix pour les patients. Une méta-analyse estime que chaque dollar investi dans la pharmacie clinique entraîne une réduction de coûts de 4,81 \$ ainsi que d'autres avantages économiques<sup>8</sup>. Sans l'apport considérable de la pharmacie clinique, la croissance des dépenses

---

<sup>8</sup> Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC, et al. *ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005*. Pharmacotherapy. 2009;29(1):128.

liées aux médicaments aurait certainement été plus importante au fil des ans. Par leurs connaissances étendues des thérapies médicamenteuses, les pharmaciens d'établissements constituent donc un groupe de professionnels qui joue un rôle crucial dans l'usage optimal des médicaments dans le réseau de la santé.

La majorité des pharmaciens d'établissements travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires. La synergie entre des professionnels de plusieurs disciplines est riche en apprentissages. Elle permet par ailleurs à l'équipe soignante d'obtenir un portrait plus complet de la condition des patients qui font l'objet d'un suivi du pharmacien d'établissement. Les échanges quotidiens, notamment entre pharmaciens et médecins ou autres prescripteurs, contribuent à créer des liens de confiance significatifs, sur lesquels repose une solide collaboration interdisciplinaire en établissement de santé.

Le pharmacien d'établissement a accès, en outre, à toutes les informations contenues dans le dossier du patient et doit aussi y noter ses propres interventions. Cela donne lieu à une collecte de données complète à propos du patient et de sa pharmacothérapie et permet au pharmacien d'évaluer et d'individualiser la médication afin d'assurer une thérapie optimale.

### **1.5. STATUT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

Les pharmaciens d'établissements travaillent au sein d'organisations à but non lucratif. Leur rémunération n'est pas liée à la vente de produits. Par conséquent, toute préoccupation à l'égard de potentiels conflits d'intérêts découlant des droits de prescrire et de vendre des médicaments ne saurait s'appliquer aux pharmaciens des établissements de santé. Cela étant dit, l'A.P.E.S. ne nie pas que les pharmaciens d'établissements de santé puissent également s'exposer à des conflits d'intérêts dans leur pratique, particulièrement au moment de la sélection des médicaments inscrits au formulaire de l'établissement.

## **2. CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE**

Au fil des ans, les pharmaciens d'établissements sont passés du rôle de conseillers des médecins en matière de choix de médicaments, d'experts en calculs pharmacocinétiques ou encore en évaluation des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses à celui de professionnels autonomes aptes à prendre en charge l'initiation de traitements médicamenteux, l'ajustement de doses et la prescription d'analyses de laboratoire. Toutefois, le cadre légal et réglementaire entourant les activités des pharmaciens d'établissements n'a pas évolué à la vitesse de la pratique pharmacologique. Aujourd'hui,

des règles administratives complexes accaparent un temps précieux de ces professionnels, un temps qu'ils devraient plutôt consacrer aux soins directs aux patients.

## **2.1 PROJET DE LOI N° 90**

En 2003, le projet de loi n° 90<sup>9</sup> entrainait en vigueur et amenait une transformation profonde du système professionnel. Il apportait des modifications importantes aux champs d'exercice tant des professions à exercice exclusif que de celles à titre réservé. De cet important projet de loi ont découlé un certain nombre de règlements, dont celui sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances individuelles et collectives<sup>10</sup>. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a alors mis en place une procédure complexe, soit le recours aux ordonnances collectives visant à habilitier certains professionnels à exercer des actes jusque-là réservés au corps médical.

Les ordonnances collectives en établissement de santé permettent notamment d'habilitier les pharmaciens à initier et à ajuster une thérapie médicamenteuse dans un cadre défini par les prescripteurs, soit les médecins des équipes interdisciplinaires. Cette façon de faire comporte son lot de difficultés. L'élaboration des ordonnances collectives en établissement de santé constitue en soi tout un exploit (voir les annexes 3, 4 et 5) et ces ordonnances peuvent devenir extrêmement lourdes à mettre en place, à maintenir à jour et à gérer. Sur le plan de la rédaction de ces ordonnances, il faut définir l'activité que l'on souhaite encadrer, déterminer les médicaments à initier ou à ajuster, préciser l'intention thérapeutique, noter les contre-indications, prévoir toutes les situations cliniques pouvant survenir en plus d'inclure un protocole donnant les paramètres cliniques à surveiller. De telles ordonnances peuvent atteindre jusqu'à une trentaine de pages.

Une fois l'ordonnance rédigée et les éléments du contenu acceptés par les prescripteurs et les chefs des départements médicaux concernés, l'ordonnance collective doit être adoptée par différentes instances de l'établissement, dont le comité de pharmacologie. Selon les établissements, elle peut aussi nécessiter l'approbation de comités de la Direction des soins infirmiers (DSI) et de la Direction des services professionnels (DSP). Finalement, l'ordonnance collective doit être révisée et adoptée par le CMDP. Le

---

<sup>9</sup> *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, projet de loi n°90 (Sanctionné), 2<sup>e</sup> sess., 36<sup>e</sup> légis. (Qc)

<sup>10</sup> *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ c M-9, r 25 remplacé en 2015 par le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ c M-9, r. 25.1 [en ligne] <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rlrq-c-m-9-r-25/derniere/rlrq-c-m-9-r-25.html>

processus est lourd et requiert un important investissement en temps et en énergie de la part de nombreux professionnels de la santé.

Lorsqu'il concerne la pharmacothérapie, ce processus repose presque entièrement sur les pharmaciens d'établissements, qui sont très souvent les rédacteurs ou les réviseurs des ordonnances collectives. Ces nombreuses et laborieuses étapes constituent une véritable entrave à la réalisation des activités professionnelles, en plus de mobiliser inutilement des ressources dont la rareté est reconnue dans le réseau de la santé.

Dans les faits, les ordonnances collectives sont venues encadrer une pratique qui s'était spontanément mise en place des années auparavant, dans un mouvement de collaboration entre médecins et pharmaciens. Vu la grande complexité de leur application, de nombreux pharmaciens ont résisté à les utiliser. Il a fallu les convaincre de l'absolue nécessité de ces ordonnances pour répondre au cadre légal avant que ne soient élaborées et adoptées des dizaines d'ordonnances collectives dans les établissements de santé.

## **2.2 PROJET DE LOI N° 41**

En 2011, les parlementaires discutaient du projet de loi (PL) n° 41<sup>11</sup> visant à modifier la *Loi sur la pharmacie*. Les activités qu'il a permis d'ajouter à la *Loi sur la pharmacie* ont fait évoluer la pratique des pharmaciens. Toutefois, et bien que certains éléments émanant du PL 41 soient utiles à la pratique en établissement de santé, ce projet de loi n'a pas permis aux pharmaciens d'établissements de se défaire des ordonnances collectives. En fait, il a plutôt ajouté à la complexité du cadre de pratique des pharmaciens d'établissements.

L'A.P.E.S. a fait de multiples représentations en 2011 afin que soit incluse dans le projet de loi la possibilité pour les pharmaciens d'établissements d'initier des médicaments au même titre qu'ils allaient dorénavant, en vertu du PL 41, pouvoir les ajuster sans devoir passer par une ordonnance collective. Puisque les pharmaciens d'établissements initiaient déjà régulièrement des médicaments dans le cadre d'ordonnances collectives, l'ajout à la *Loi* de cette activité sans ordonnance collective leur aurait permis de se départir complètement de ce mécanisme contraignant. Malheureusement, la demande de l'A.P.E.S. n'a pas été retenue par les parlementaires.

---

<sup>11</sup> *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*, projet de loi n°4 (Sanctionné), 2<sup>e</sup> sess., 39<sup>e</sup> légis. (Qc)

Aujourd'hui, seul un faible nombre de départements de pharmacie ont implanté les activités découlant du PL 41, étant donné la charge de travail que représente la révision de toutes les ordonnances collectives que doivent appliquer les pharmaciens. Il est plus simple de conserver les ordonnances collectives telles qu'elles étaient avant le PL 41 plutôt que de les refaire pour qu'elles ne portent que sur l'initiation de médicaments et, par ailleurs, de devoir mettre en place un autre modèle pour encadrer l'ajustement des médicaments, comme stipulé dans le PL 41. Par conséquent, la lourdeur associée aux ordonnances collectives continue de ralentir considérablement les activités des pharmaciens d'établissements et de réduire le temps qu'ils pourraient consacrer aux activités cliniques auprès des patients. Un changement législatif permettant aux pharmaciens des établissements d'agir sans encombre administrative s'avère nécessaire.

### **3. PROJET DE LOI N° 31 ARTICLE PAR ARTICLE**

#### **3.1 ARTICLE 2 (MODIFICATION DE L'ARTICLE 17 DE LA LOI SUR LA PHARMACIE)**

##### **1.1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments**

L'ajout de cet article est fondamental à la pratique du pharmacien en 2019. Comment peut-on concevoir qu'un professionnel qui a suivi une formation aussi poussée que le pharmacien – notons que l'enseignement de l'évaluation a lieu au premier cycle universitaire en pharmacie –, à qui on permet de prescrire certains médicaments et de qui on exige une surveillance de la thérapie médicamenteuse, puisse poser ces gestes sans avoir le droit d'évaluer son patient sur le plan physique et mental ? Pour l'A.P.E.S., cet article aurait dû être inclus dans l'exercice de la pharmacie depuis très longtemps, à tout le moins depuis les discussions sur le PL 41 en 2011. L'évaluation doit déjà être préalablement réalisée, sans quoi le pharmacien ne peut pas remplir correctement ses fonctions.

##### **5° initier, ajuster ou cesser la thérapie médicamenteuse, selon une ordonnance ou à la suite d'une consultation effectuée à la demande d'un professionnel habilité par la loi à prescrire des médicaments, en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire ou autres tests appropriés**

La nouveauté de cet article tient au fait qu'après que le prescripteur aura consulté le pharmacien, ce dernier sera autorisé à procéder lui-même à la prescription appropriée selon le résultat de son analyse pharmacothérapeutique.

Il s'agit d'un pas dans la bonne direction, mais il ne va pas assez loin. Particulièrement en établissement de santé, où l'équipe soignante travaille en étroite collaboration, le pharmacien devrait pouvoir intervenir de lui-même auprès d'un patient pour initier, ajuster ou cesser des médicaments en exerçant son expertise et son jugement clinique et sans avoir à être demandé en consultation préalablement par un prescripteur. Cette façon de procéder diminuerait les retards d'intervention, favoriserait le mieux-être du patient et allègerait le fonctionnement du réseau de la santé. Actuellement, par exemple, si un patient présente une douleur qui n'est pas soulagée par ses médicaments et que le pharmacien désire initier un médicament coanalgésique, il doit formuler sa proposition au dossier du patient et attendre la visite médicale suivante, qui peut avoir lieu de 24 heures à quelques jours plus tard selon l'établissement, avant l'obtention de l'ordonnance du médecin. Le pharmacien peut également choisir de contacter le médecin (par exemple, en salle de chirurgie) et lui demander de prescrire verbalement le médicament, mais cela nuira à la fluidité du travail du médecin. La pratique actuelle entraîne des retards dans l'ajout de cet analgésique et peut prolonger la durée d'hospitalisation du patient dans certains cas. Elle n'est efficiente ni pour les patients ni pour le réseau.

Les pharmaciens d'établissements souhaitent agir de façon proactive, afin que leur expertise soit mise au service d'un plus grand nombre de patients. Il importe, pour ce faire, de les libérer des lourds mécanismes qu'on leur impose, qu'il s'agisse d'une ordonnance individuelle ou collective ou encore de la nécessité d'être demandés en consultation. Le cadre interdisciplinaire dans lequel travaillent les pharmaciens d'établissements doit permettre de conclure des ententes de collaboration formelles déterminant ce que le pharmacien d'établissement peut faire pour soutenir l'équipe et libérer davantage le médecin. Ces ententes doivent prendre une forme simple, qui limite le temps passé à rédiger des protocoles et qui permette d'éliminer les ordonnances collectives, afin d'optimiser le temps du pharmacien auprès des patients et d'alléger également le processus pour le médecin. De telles ententes de collaboration existent notamment au Manitoba et en Saskatchewan et le droit de prescrire est stipulé dans leurs lois respectives sur la pharmacie<sup>12</sup>.

En CHSLD par exemple, là où les ressources médicales et infirmières sont limitées, une entente de collaboration pourrait permettre au pharmacien de prendre en charge des patients nouvellement admis, d'évaluer l'ensemble de la thérapie médicamenteuse, de represcrire les médicaments pertinents (sous

---

<sup>12</sup> *Loi sur les pharmacies*, C.P.L.M., c. P60 [en ligne] <http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/p060f.php>  
*The Pharmacy and Pharmacy Disciplines Act*, 1996, SS 1996, c. P-9.1, [en ligne]  
<http://publications.saskatchewan.ca/#/products/806>

ordonnance ou en vente libre) en recourant à l'expertise médicale lorsque la condition du patient le justifie et qu'une évaluation médicale est requise. Un projet pilote est d'ailleurs actuellement en cours dans le réseau de la santé (Projet d'évaluation de la personnalisation des soins [infirmiers, médicaux, et pharmaceutiques] en soins de longue durée [SLD] – [PEPS], au CIUSSS de la Capitale-Nationale<sup>13,14</sup>) et donne des résultats fort intéressants, tant sur le plan de l'amélioration de la pharmacothérapie et du confort des résidents que sur celui de la diminution de la morbidité, sans compter l'effet mobilisateur de cette mesure sur l'équipe de soins et l'efficacité générée pour le réseau. Cependant, pour réaliser de tels projets, il faut faire adopter une panoplie d'ordonnances collectives et les maintenir à jour. Pour la réalisation du projet PEPS, le Département de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale a dû rédiger et faire adopter une dizaine d'ordonnances collectives. Certains milieux n'ont tout simplement pas les ressources requises pour mettre en place de telles ordonnances et se sentent freinés par ce mécanisme laborieux, alors que des patients ont des besoins criants auxquels les pharmaciens d'établissements peuvent répondre.

Pour toutes ces raisons, ainsi que pour la prise en compte du contexte d'exercice des pharmaciens d'établissements, l'A.P.E.S. souhaite l'ajout d'une disposition essentielle à la pratique de ces professionnels, dont l'apport est unique au sein du réseau de la santé.

---

## **PROPOSITION N° 1**

**L'A.P.E.S. recommande que la disposition suivante visant à modifier l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* soit ajoutée au projet de loi :**

**Le pharmacien d'établissement de santé peut, lorsqu'il y est habilité par les règlements établis en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la *Loi médicale*, prescrire des médicaments et d'autres substances dans le cadre d'une entente de collaboration.**

---

<sup>13</sup> Ordre des pharmaciens du Québec. *Un projet d'organisation de soins en CHSLD couronné d'un prix*. Nouvelles, CISION; 2018. [en ligne] <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/un-projet-dorganisation-de-soins-en-chsld-couronne-dun-prix-693637911.html>

<sup>14</sup> E. Fleury. « Projet prometteur de réduction de la médication en CHSLD ». *Le Soleil*; 2019. [en ligne] <https://www.lesoleil.com/actualites/projet-prometteur-de-reduction-de-la-medication-en-chsld-3d419911ef8b3be989ce4628f6fe9ea9>

### **8° substituer au médicament prescrit, en cas de rupture d'approvisionnement complète au Québec ou de problème relatif à son administration, un autre médicament**

En établissement de santé, le formulaire des médicaments adopté par le comité de pharmacologie ne comporte, dans certains cas, que quelques agents thérapeutiques par classe ou par sous-classe, puisqu'il est impossible de conserver et de gérer tous les médicaments offerts sur le marché canadien. Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE)* définit à l'article 77 le rôle du chef du département dans la sélection de médicaments inscrits au formulaire de l'établissement<sup>15</sup>. De plus, vu l'automatisation du circuit du médicament et la calibration requise des robots, une liste plus large de médicaments générerait des coûts importants relatifs à la conservation et à la gestion de ces nombreux médicaments ainsi qu'aux coûts de la main-d'œuvre.

Par souci d'efficacité, les formulaires de médicaments sont donc restreints, et des règles de substitution (adoptées par le CMDP) s'appliquent lorsqu'il y a lieu et qu'aucun risque ne menace la sécurité des patients. Par ce processus de gestion du formulaire des médicaments, les établissements de santé contreviennent déjà à la *Loi sur la pharmacie*.

Par conséquent, la modification apportée par le PL 31 ne change rien à la situation des départements de pharmacie. Un aménagement à ce projet de loi doit être fait afin de permettre aux chefs de département d'agir dans le respect des lois et règlements en vigueur, dans le cadre de leur gestion du formulaire des médicaments de l'établissement.

---

### **PROPOSITION N° 2**

**L'A.P.E.S. recommande qu'une disposition soit ajoutée afin de permettre aux pharmaciens des établissements de santé de substituer des médicaments d'une même classe thérapeutique dans le contexte de la gestion du formulaire de l'établissement, sous l'égide du CMDP.**

### **10° prescrire et interpréter des analyses de laboratoire ou d'autres tests, aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse**

L'A.P.E.S. salue l'ajout de la prescription et de l'interprétation de tests autres que les seules analyses de laboratoire. En pratique clinique, l'impossibilité actuelle de recourir à ces autres tests peut devenir une

---

<sup>15</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRO, chapitre S-5, r. 5, art. 77

étape limitante, qui rend l'intervention du pharmacien beaucoup moins efficace. Cet ajout au projet de loi actuel sera fort utile dans le cadre des établissements de santé.

### 3.2 ARTICLES 4 ET 5

**Article 4 : 1.1. Un pharmacien peut administrer un vaccin à un patient âgé d'au moins 6 ans.**

**Article 5 : L'annexe I du Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien (chapitre P-10, r. 18.2) est modifiée par l'ajout, à la fin, de ce qui suit : 12. Vaccination**

L'article 4 fait état de la modification du *Règlement sur l'administration d'un médicament par un pharmacien* pour permettre au pharmacien d'administrer un vaccin à un patient âgé d'au moins six ans. L'article 5 stipule notamment l'ajout de la vaccination au *Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien*. Du point de vue de la contribution à la santé publique, l'A.P.E.S. applaudit à ces modifications. La plus grande partie des activités de vaccination auront lieu en pharmacie privée, mais dans certaines situations, les pharmaciens d'établissements pourront prescrire la vaccination aux patients. Par exemple, ils pourront la prescrire aux patients suivis en clinique externe d'oncologie après vérification de leur calendrier de vaccination, ainsi qu'aux patients hébergés en CHSLD ou hospitalisés aux unités de soins pédiatriques.

Toutefois, il faudra faire en sorte que cette activité se déroule dans un cadre souple, sans une multitude de contraintes administratives. Le pharmacien doit pouvoir exercer son autonomie au moment d'évaluer le patient et de prescrire la vaccination. Il faut à tout prix éviter de limiter ce nouvel acte par un cadre réglementaire étroit.

### 3.3 ARTICLE 6

L'article 6 fait état de la disposition finale du projet de loi une fois qu'il a été adopté. Compte tenu des nouveaux règlements qui seront nécessaires et du besoin d'appliquer rapidement la nouvelle loi, l'A.P.E.S. propose que les délais pour adopter ces règlements par les instances concernées soient précisés dans le projet de loi.

---

#### **PROPOSITION N° 3**

**L'A.P.E.S. recommande que les dispositions finales du projet de loi mentionnent le délai d'approbation de tous les règlements qui en découlent. Il faudrait prévoir un délai d'un an au maximum.**

## CONCLUSION

Les pharmaciens d'établissements sont des professionnels de la santé rigoureux, orientés vers les meilleures pratiques et les meilleurs résultats pharmacothérapeutiques. Les pharmaciens mettent continuellement en place des mesures en vue d'optimiser l'usage des médicaments et d'améliorer leur propre performance. Cette approche d'amélioration continue fait partie de leur culture. Leur rôle clinique a pris son plein essor lorsqu'ils ont intégré les CMDP. Aujourd'hui, le tandem que forment le médecin et le pharmacien d'établissement ainsi que les relations de plus en plus étroites entre le pharmacien d'établissement et d'autres prescripteurs résultent concrètement en une meilleure utilisation des médicaments. De nombreux exemples dans des champs de spécialité variés témoignent de ce phénomène.

L'A.P.E.S. constate avec plaisir que le projet de loi permettra aux pharmaciens du Québec de réaliser de nouvelles activités professionnelles pour lesquelles ils détiennent des compétences et dont la population du Québec bénéficiera grandement. Toutefois, l'A.P.E.S. est d'avis qu'il est nécessaire de saisir l'occasion de ce projet de loi pour favoriser l'efficience de la pratique du pharmacien d'établissement de santé en lui permettant d'augmenter sa prestation de soins directs aux patients, tant dans les établissements de soins de courte durée qu'en CHSLD. Pour ce faire, un allègement de l'encadrement des activités pharmaceutiques en établissement de santé, qui tienne compte du contexte de pratique et des caractéristiques spécifiques aux pharmaciens d'établissements de santé, est absolument nécessaire. Notamment, l'inclusion au projet de loi d'une disposition permettant au pharmacien d'établissement de prescrire des médicaments en vertu d'ententes de collaboration formulées simplement nous semble la voie à privilégier. Tous les arguments présentés dans ce mémoire militent en ce sens.

Les patients seront les grands gagnants d'une telle approche, puisqu'ils pourront bénéficier plus facilement de l'expertise du pharmacien hospitalier. En effet, le pharmacien disposera de plus de temps pour prodiguer des soins directs aux patients, un facteur important, compte tenu, notamment, de la pénurie d'effectifs que connaît toujours cette profession.

# **ANNEXE 1**

## **AXES DE LA PRATIQUE EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT**

## 1. Soins pharmaceutiques

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

Les soins pharmaceutiques réfèrent à un processus qui inclut une évaluation des besoins, l'établissement d'un plan intégrant les objectifs convenus avec le patient et le suivi de ce plan. Au cours de ce processus, le pharmacien doit identifier, résoudre et, le cas échéant, prévenir les problèmes liés à la pharmacothérapie du patient.

Cette approche place le mieux-être du patient au centre des préoccupations du pharmacien qui assume la responsabilité de l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques. Les soins pharmaceutiques requièrent généralement **une présence physique du pharmacien à l'unité de soins, auprès des usagers.**

Exemples d'actes faisant partie des soins pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- ▶ Évaluation de la pharmacothérapie
- ▶ Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments (BCM)
- ▶ Détermination des objectifs pharmacothérapeutiques à atteindre
- ▶ Élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques
- ▶ Documentation des interventions au dossier clinique
- ▶ Initiation, ajustement ou cessation de médicaments
- ▶ Surveillance et optimisation de la thérapie médicamenteuse
- ▶ Rencontres individuelles d'usagers à des fins d'enseignement
- ▶ Participation à des rencontres multidisciplinaires
- ▶ Participation à des tournées médicales
- ▶ Réponse (ou recherche en vue de répondre) à des demandes de consultation ou d'information

## 2. Services pharmaceutiques

Ensemble des activités exercées par un pharmacien ou une personne sous sa responsabilité en vue de soutenir le processus de soins pharmaceutiques.

Les services pharmaceutiques peuvent être rendus pour répondre soit directement soit indirectement aux besoins des patients. Ils incluent toutes les activités liées au circuit du médicament.

Exemples de services pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- ▶ Validation des ordonnances
- ▶ Préparation et distribution des médicaments
- ▶ Approvisionnement et maintien des inventaires de médicaments

- ▶ Détermination des conditions d'entreposage et de conservation des médicaments
- ▶ Demandes de médicament d'exception
- ▶ Demandes de médicament dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS)
- ▶ Révision des horaires d'administration des médicaments
- ▶ Rédaction de notes d'information (p. ex. : avis de rupture de stock, de substitution automatique, de mise à jour du formulaire)

### 3. Enseignement

**Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, pour le compte de l'établissement ou de ses usagers, afin de transmettre ses connaissances, de faciliter l'acquisition d'habiletés et de participer au développement des compétences.**

Les activités d'enseignement du pharmacien incluent le développement et la diffusion de programmes d'enseignement ou de perfectionnement, la supervision et l'évaluation d'étudiants, la formation du personnel et d'autres professionnels de l'établissement, la diffusion d'informations pharmaceutiques, ainsi que la rédaction et la publication scientifiques. Elles peuvent viser des groupes de patients, des étudiants et des résidents en pharmacie, des pharmaciens, d'autres professionnels et étudiants du domaine de la santé (médecins, personnel infirmier, assistants techniques en pharmacie, notamment) et du personnel de l'établissement.

Exemples d'activités d'enseignement (liste non exhaustive) :

- ▶ Formation structurée offerte à l'intention d'un groupe d'usagers (ex. : clientèle diabétique)
- ▶ Formation offerte à l'intention des pairs ou d'autres professionnels
- ▶ Préparation d'un programme de formation
- ▶ Supervision de stages
- ▶ Rédaction d'un article pour publication dans une revue scientifique
- ▶ Participation à titre de conférencier à un colloque spécialisé
- ▶ Résumé d'un congrès scientifique à l'intention des membres d'une équipe de soins

### 4. Recherche

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, **pour le compte de l'établissement ou de ses usagers**, afin de contribuer à l'avancement de la profession et au développement des connaissances en pharmacothérapie ou sur l'utilisation des médicaments.

Le pharmacien peut contribuer directement à la recherche en initiant ou en collaborant à des projets de recherche clinique, épidémiologique ou évaluative. Il peut également contribuer indirectement par l'entremise de services pharmaceutiques de soutien à la recherche.

La recherche clinique porte sur la pathophysiologie, l'étiologie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie chez l'humain dans le but d'améliorer le pronostic des personnes atteintes. La recherche épidémiologique porte sur l'incidence, la fréquence et la distribution d'une observation telle qu'une maladie ou la survenue d'effets indésirables.

La recherche évaluative examine et analyse des interventions ou des programmes, afin de déterminer les impacts, la pertinence et les effets de ceux-ci.

Exemples d'activités de recherche (liste non exhaustive) :

- ▶ Organisation des services pharmaceutiques à offrir dans le cadre d'études cliniques
- ▶ Élaboration, réalisation et suivi de revues d'utilisation des médicaments
- ▶ Initiation de projets de recherche originaux
- ▶ Collaboration à des études cliniques à titre de co-investigateur

## **5. Gestion et affaires professionnelles**

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, **pour le compte de l'établissement ou de ses usagers**, afin de s'assurer que l'organisation du travail et les ressources disponibles soutiennent l'offre de soins et de services pharmaceutiques.

Dans le cadre de ses activités de gestion, le pharmacien doit s'assurer que l'organisation de la pharmacie satisfait aux obligations légales et professionnelles, que le circuit du médicament est efficient et sécuritaire, que son espace et ses outils de travail répondent aux besoins et permettent une prestation de soins et de services de qualité et sécuritaire. Pour ce faire, il doit planifier, organiser et évaluer le travail et les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires à la prestation de soins et de services pharmaceutiques.

Le pharmacien doit également contribuer par son expertise et ses interactions avec les autres professionnels de la santé à une prestation de soins optimale et sécuritaire. Pour ce faire, il doit initier ou collaborer à divers travaux ou projets à caractère clinico-administratif et participer à des comités multidisciplinaires où son expertise professionnelle est requise.

Exemples d'activités de gestion (liste non exhaustive) :

- ▶ Élaboration de politiques et procédures
- ▶ Mesure d'indicateurs de performance
- ▶ Détermination et justification des besoins en ressources humaines
- ▶ Suivi budgétaire avec explication et résolution des écarts
- ▶ Élaboration d'un plan d'organisation des soins et services en pharmacie
- ▶ Embauche, orientation et évaluation du personnel

- ▶ Planification et organisation du travail
- ▶ Acquisition et implantation d'outils technologiques
- ▶ Gestion des approvisionnements en médicaments (ruptures de stock, activités liées au groupe d'achat)

Exemples d'activités liées aux affaires professionnelles :

- ▶ Sélection des médicaments pour usage courant
- ▶ Rédaction d'une règle d'utilisation d'un médicament, d'un protocole, d'un guide clinique ou pratique, ou d'une ordonnance collective
- ▶ Élaboration de règles et d'outils encadrant ou facilitant la prescription ou l'administration des médicaments
- ▶ Mise en place d'un programme de gestion thérapeutique
- ▶ Évaluation d'un médicament ou d'une classe de médicaments pour le comité de pharmacologie
- ▶ Évaluation de l'acte pharmaceutique
- ▶ Participation à un comité, à une rencontre d'équipe ou à une réunion de département
- ▶ Participation au groupe d'achats de médicaments
- ▶ Centre d'information pharmaceutique (CIP)
- ▶ Mise à jour des bases de données sur les médicaments (système d'information en pharmacie, cabinets, robots, appareils automatisés, etc.)
- ▶ Révision des rapports de déclaration d'incident ou d'accident

## ANNEXE 2

### **RÉSUMÉ DES PRINCIPALES ÉTUDES PIVOTS SUR LES RETOMBÉES DES ACTIVITÉS CLINIQUES DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT**

Tableau tiré du document suivant : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. *Recommandations sur la pratique de la pharmacie en établissement de santé, Axe 1 : Soins pharmaceutiques*; 2018. [en ligne]

[https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/ouvrages\\_specialises/20180424\\_publication\\_s\\_pubspec\\_projet1.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/ouvrages_specialises/20180424_publication_s_pubspec_projet1.pdf)

**Tableau 2 : Résultats des principales études pivots sur les retombées des activités cliniques du pharmacien d'établissement**

| <b>Bond et coll.<br/>1999</b>                                                                                                   | <b>Kaboli et coll.<br/>2006</b>                                                                                                                                | <b>Gillespie et coll.<br/>2009</b>                                                                                                       | <b>Makowsky et<br/>coll. 2009</b>                                              | <b>Chisholm-Burns<br/>et coll. 2010</b>                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ↓ taux de mortalité<br>↓ coût des médicaments<br>↓ coût total des soins<br>↓ durée de séjour<br>↓ erreurs liées aux médicaments | ↓ nombre d'effets indésirables ou d'erreurs de médication<br>↓ durée de séjour<br>↑ adhésion au traitement<br>↑ connaissance et compréhension de sa médication | ↓ consultations à l'hôpital après le congé<br>↓ consultations à l'urgence<br>↓ réadmissions dues aux effets indésirables des médicaments | ↓ significative des réadmissions à trois mois<br>↑ du score agrégé de qualité* | ↑ résultats thérapeutiques<br>↓ événements indésirables liés aux médicaments<br>↑ adhésion au traitement<br>↑ connaissance des médicaments<br>↑ qualité de vie |

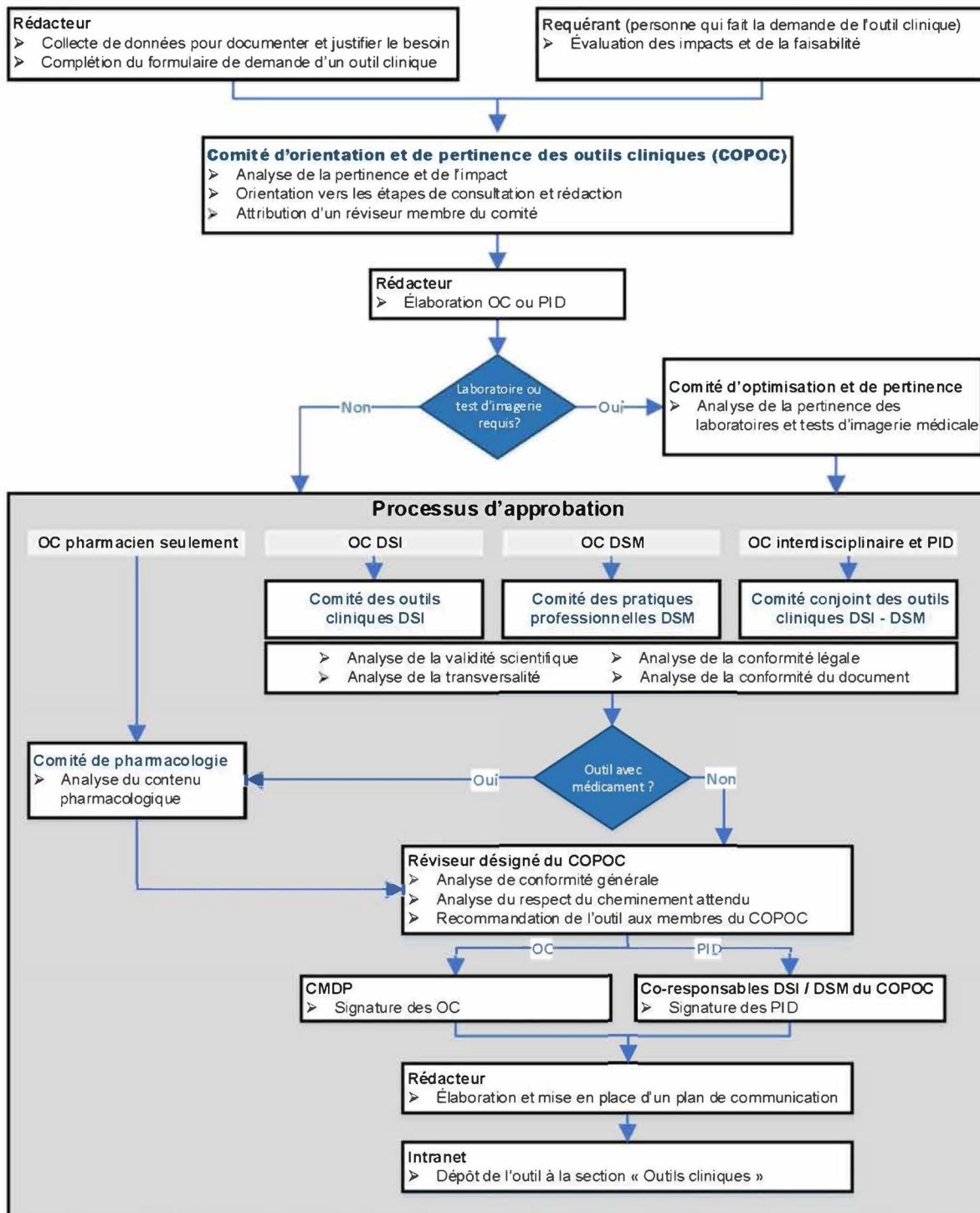
*\*Score obtenu au moyen de la division du nombre de cas ayant reçu les soins recommandés par le nombre total de cas qui auraient dû faire l'objet de soins, et ce, pour cinq diagnostics principaux.*

# **ANNEXE 3**

## **PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET PROTOCOLES INTERDISCIPLINAIRES**

Schéma tiré de l'annexe III du document suivant : Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Comité d'orientation et de pertinence des outils cliniques (COPOC). *Guide d'élaboration et d'approbation des ordonnances collectives et des protocoles interdisciplinaires*. Novembre 2018

## Processus d'élaboration et d'approbation des ordonnances collectives (OC) et protocoles interdisciplinaires (PID)



2018-11-23

# **ANNEXE 4**

## **MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE**

Formulaire tiré de l'annexe I du document suivant : Centre intégré et de services sociaux de Laval, Comité d'orientation et de pertinence des outils cliniques (COPOC). *Guide d'élaboration et d'approbation des ordonnances collectives et des protocoles interdisciplinaires*. Novembre 2018.

|                                                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Centre intégré<br>de santé<br>et de services sociaux<br>de Laval<br><b>Québec</b> | <b>ORDONNANCE COLLECTIVE</b>                    |
|                                                                                   | Titre de l'ordonnance (avec formulaire liaison) |

## ACTIVITÉS RÉSERVÉES

S'il y a lieu, inclure le nom du médicament générique dans le titre et nom commercial entre parenthèses

- Activité définie par le Code des professions qui ne peut être réalisée que par certaines disciplines professionnelles en raison des risques de préjudices qu'elle comporte et des connaissances et compétences requises pour les exercer de façon sécuritaire. Ces activités sont déterminées par le Code des professions et d'autres lois professionnelles (lien : Code des professions : <http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/> ).

### Infirmière ou infirmier

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Exemples de libellé

### Inhalothérapeute

- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire, selon une ordonnance.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Exemples de libellé

### Pharmacienne ou pharmacien communautaire

- Initier la thérapie médicamenteuse, selon une ordonnance.
  - Surveiller la thérapie médicamenteuse.

Exemples de libellé

## PROFESSIONNELS VISÉS

Conserver tous les titres de rubriques (tel quel)  
Inscrire S.O. si non requis

- Spécifier tout groupe de professionnels visés, selon les secteurs d'activités concernés par l'ordonnance collective. S'il y a lieu, indiquer les compétences professionnelles exigées.

Le pied de page est complété par l'agente administrative après l'approbation du CMDP

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| EN VIGUEUR LE :           | N° : OC-    |
| DATE PRÉVUE DE RÉVISION : | Page : De : |

*Ce document peut être reproduit ou téléchargé, pour une utilisation personnelle ou publique, à des fins non-commerciales, à la condition d'en mentionner la source.*

|                                                                                                                                                       |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Centre intégré<br>de santé<br>et de services sociaux<br>de Laval<br> | <b>ORDONNANCE COLLECTIVE</b>                    |
|                                                                                                                                                       | Titre de l'ordonnance (avec formulaire liaison) |

#### CLIENTÈLES VISÉES

- Spécifier la clientèle visée par l'OC : âge, signes et symptômes, diagnostic, intervention requise, programme spécialisé, etc.

#### INTENTIONS CLINIQUES OU THÉRAPEUTIQUES

- Spécifier le but visé par l'OC, l'objectif clinique ou thérapeutique.  
L'intention thérapeutique est requise seulement dans le cas d'une ordonnance collective visant un ajustement de médicaments et doit inclure les cibles thérapeutiques visées.

#### CONDITIONS D'INITIATION

- Spécifier les conditions cliniques préalables à l'application de l'OC, soit les critères qui permettront de débiter son application.

#### CONTRE INDICATIONS À L'APPLICATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

- Spécifier toute circonstance particulière ne permettant pas l'application de l'ordonnance collective. Lorsqu'il est convenu que le professionnel doit consulter un médecin avant d'appliquer l'ordonnance collective, l'ordonnance collective ne s'applique plus. Le professionnel agira alors sous ordonnance individuelle.

#### DIRECTIVES

- Spécifier la marche à suivre pour le professionnel, laquelle inclut les interventions visées par l'ordonnance. Lorsque les directives comportent plusieurs possibilités en fonction de l'évaluation du professionnel, un arbre décisionnel ou un tableau peut être utilisé.

#### LIMITES - RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

- Spécifier les situations nécessitant une référence à un médecin en cours d'application de l'OC.

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| EN VIGUEUR LE :           | N° : OC-       |
| DATE PRÉVUE DE RÉVISION : | Page :    De : |

*Ce document peut être reproduit ou téléchargé, pour une utilisation personnelle ou publique, à des fins non-commerciales, à la condition d'en mentionner la source.*

|                                                                            |                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Centre intégré<br>de santé<br>et de services sociaux<br>de Laval<br>Québec | <b>ORDONNANCE COLLECTIVE</b>                    |  |
|                                                                            | Titre de l'ordonnance (avec formulaire liaison) |  |

#### RÉFÉRENCE À DES OUTILS CLINIQUES OU DES DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Indiquer le titre et, s'il y a lieu, le numéro :

- Indiquer la référence, si l'OC fait référence à un protocole unidisciplinaire (ex. : protocole infirmier, protocole en inhalothérapie), un protocole interdisciplinaire (PID), une technique de soin, un guide de pratique, une méthode de soins informatisée (MSI) ou tout autre outil clinique ou document complémentaire en lien avec l'OC.
- Exemples : OC-001 Initier la contraception hormonale et le stérilet  
MSI – Technique de prélèvement...

#### BIBLIOGRAPHIE

- Spécifier les références permettant de démontrer que l'OC s'appuie sur des normes scientifiques et professionnelles reconnues et qu'elle est conforme aux dernières données probantes.  
Le type de bibliographie recommandé par le Réseau des bibliothèques du CISSS de Laval est établi selon les normes de l'APA, des bibliothèques de l'Université de Montréal et des références de certaines publications de l'INESSS :

<http://guides.bib.umontreal.ca/uploads/uploads/original/tableau-apa.pdf?1436471733>  
<http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=108>

- S'assurer de mettre toutes les références à jour lors de la révision d'une OC.

#### MOTS-CLÉS

- Inscrire un maximum de huit (8) mots clés couramment employés, excluant les mots du titre de l'OC (ces derniers font d'emblée partie de la recherche). Les mots clés facilitent la recherche sur la plateforme Cliquez Clouzet!

#### PERSONNES OU INSTANCES CONSULTÉES

- Indiquer le nom des personnes et leur titre d'emploi et, le cas échéant, les instances consultées (ne pas inscrire M. ou Mme avant le nom de la personne, ni le médecin-répondant).

Exemples : Manon Tremblay, inhalothérapeute  
Groupe de conseillères cliniques de la DSI

|                           |             |                                                                                                    |
|---------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EN VIGUEUR LE :           |             | Les personnes consultées inscrites dans cette<br>rubrique doivent avoir consulté la version finale |
| DATE PRÉVUE DE RÉVISION : | Page : De : |                                                                                                    |

*Ce document peut être reproduit ou téléchargé, pour une utilisation personnelle ou publique, à des fins non-commerciales, à la condition d'en mentionner la source.*

|                                                                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Centre intégré<br>de santé<br>et de services sociaux<br>de Laval<br>Québec | <b>ORDONNANCE COLLECTIVE</b>                    |
|                                                                            | Titre de l'ordonnance (avec formulaire liaison) |

### ORIENTATION

Comité d'orientation et de pertinence des outils cliniques (COPOC)

aaaa-mm-jj

### RÉDIGÉ OU RÉVISÉ PAR

*Si révision, inscrire le nom du rédacteur initial, s'il est toujours en poste.*

(inscrire le nom)

(inscrire le titre)

aaaa-mm-jj

(inscrire le nom)

(inscrire le titre)

*S'il y a lieu, inscrire le nom du second rédacteur*

*Date révision*

aaaa-mm-jj

### RECOMMANDÉ PAR

Voir cheminement des OC-PID  
à la fin du document

Comité d'optimisation et de pertinence (laboratoires et imagerie médicale)

aaaa-mm-jj

Comité des outils cliniques, DSI

aaaa-mm-jj

Comité des pratiques professionnelles, DSM

aaaa-mm-jj

Comité conjoint des outils cliniques, DSI-DSM

Inscrire S.O.  
si non concerné

aaaa-mm-jj

Comité de pharmacologie, CMDP

aaaa-mm-jj

Comité d'orientation et de pertinence des outils cliniques (COPOC)

aaaa-mm-jj

Recueillir les signatures du  
médecin et du chef pharmacie

### APPROUVÉ PAR

Médecin répondant (*du contenu scientifique*)

Signature

aaaa-mm-jj

Chef du département de la pharmacie

Signature

aaaa-mm-jj

Président du CMDP

Signature

aaaa-mm-jj

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| EN VIGUEUR LE :           | N° : OC-    |
| DATE PRÉVUE DE RÉVISION : | Page : De : |

*Ce document peut être reproduit ou téléchargé, pour une utilisation personnelle ou publique, à des fins non-commerciales, à la condition d'en mentionner la source.*

# **ANNEXE 5**

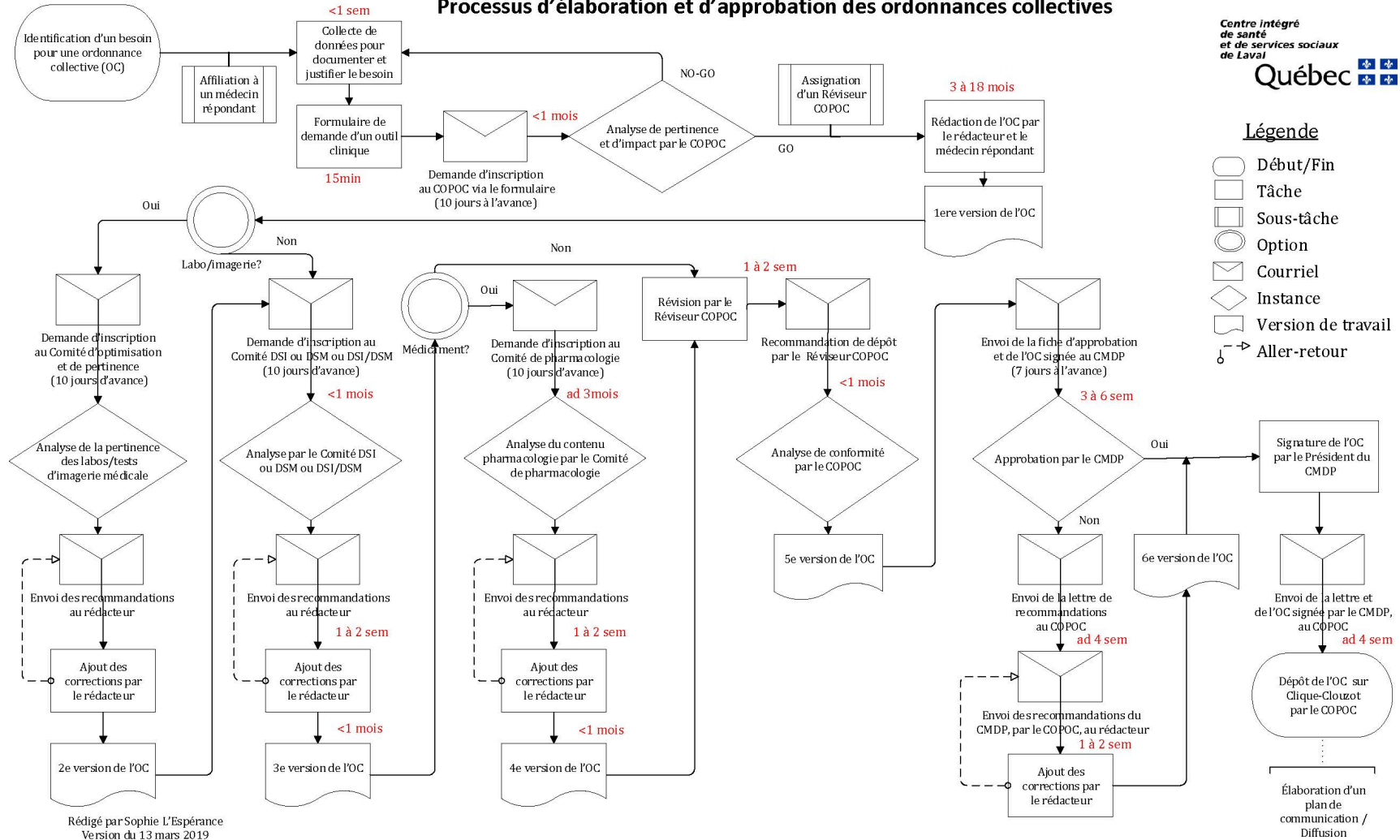
## **CARTOGRAPHIE DU PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE**

Cartographie tirée du document suivant : L'Espérance, Sophie, B. Sc. inf. *Optimisation du cheminement des ordonnances collectives, Rapport de mandat : Stage de maîtrise en administration des services de santé, option gestion*. ESPUM, Université de Montréal ; 26 avril 2019.

### Légende

-  Début/Fin
-  Tâche
-  Sous-tâche
-  Option
-  Courriel
-  Instance
-  Version de travail
-  Aller-retour

## Processus d'élaboration et d'approbation des ordonnances collectives



# **ANNEXE 6**

## **LISTE DE PROPOSITIONS**

1. **L'A.P.E.S. recommande que la disposition suivante visant à modifier l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* soit ajoutée au projet de loi :**  
  
**Le pharmacien d'établissement de santé peut, lorsqu'il y est habilité par les règlements établis en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la *Loi médicale*, prescrire des médicaments et d'autres substances dans le cadre d'une entente de collaboration.**
2. **L'A.P.E.S. recommande qu'une disposition soit ajoutée afin de permettre aux pharmaciens des établissements de santé de substituer des médicaments d'une même classe thérapeutique dans le contexte de la gestion du formulaire de l'établissement, sous l'égide du CMDP.**
3. **L'A.P.E.S. recommande que les dispositions finales du projet de loi mentionnent le délai d'approbation de tous les règlements qui en découlent. Il faudrait prévoir un délai d'un an au maximum.**