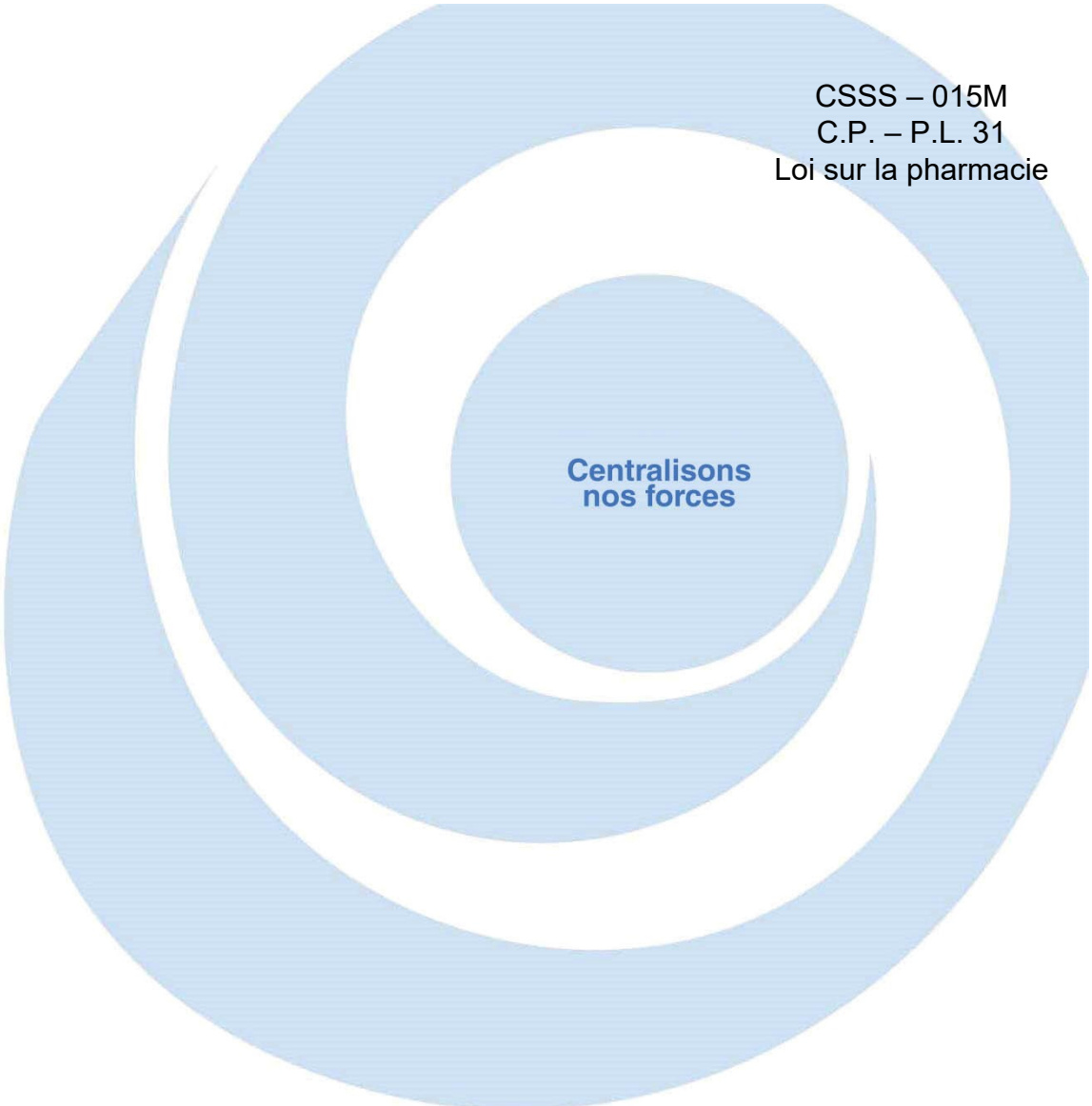




**Centralisons
nos forces**

Élargissement des actes professionnels pharmaceutiques : à quel prix pour les usagères et usagers?

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre
des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi n° 31 :
Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à
certains services

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 200 000 membres, dont environ 125 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Introduction

D'entrée de jeu, précisons que la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et l'ensemble de ses affiliés, en particulier la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ), accueillent favorablement la volonté de la ministre de décloisonner les professions afin d'améliorer substantiellement l'accès aux soins de première ligne.

Toutefois, un tel décloisonnement ne peut se faire sans analyser globalement les tenants et les aboutissants, et sans s'assurer de ne pas créer de nouvelles problématiques dans l'accès et la qualité des soins. À cet effet, la CSQ suit attentivement le dossier de l'accès à la thérapie médicamenteuse depuis plusieurs années et observe certains éléments qui posent problème et qui ne peuvent être ignorés.

C'est dans cette perspective que nous souhaitons soumettre nos réflexions et nos préoccupations aux parlementaires.

1. Améliorer l'accès aux services de première ligne

Dans les notes explicatives du projet de loi n° 31 présenté par la ministre McCann le 13 juin 2019, nous apprenons l'ajout de nouvelles activités réservées aux pharmaciennes et pharmaciens dans le cadre de l'exercice de la pharmacie.

Le projet de loi prévoit que, dans certains cas ou suivant des conditions et des modalités déterminées par règlement, les pharmaciens pourront :

- 1° prescrire et administrer des vaccins et, en situation d'urgence, certains autres médicaments;
- 2° prescrire tous les médicaments en vente libre;
- 3° administrer un médicament par voie intranasale;
- 4° ajuster ou prolonger les ordonnances de tous les prescripteurs, non seulement celles des médecins;
- 5° cesser une thérapie médicamenteuse selon une ordonnance ou à la suite d'une consultation effectuée à la demande d'un prescripteur;
- 6° substituer au médicament prescrit un autre médicament même s'il n'appartient pas à la même sous-classe thérapeutique;
- 7° prescrire et interpréter non seulement des analyses de laboratoire, mais tout autre test, aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse.

Enfin, le projet de loi prévoit que les pharmaciens pourront évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments¹.

Ainsi, la transformation de la pratique clinique en pharmacie amorcée il y a quelques années se poursuit, mais à quel prix?

1.1 Un réel accès aux soins requis?

Comme mentionné fréquemment dans l'actualité récente, assurer un meilleur accès géographique (sites de proximité) et temporel (plages horaires plus étendues) aux services de première ligne, grâce à un réseau de pharmacies privées offrant quelque 2 000 points de services dans l'ensemble du Québec, peut apparaître pour certaines personnes la voie à suivre.

Dans le cas de la vaccination², affirmer qu'« il s'agirait d'une offre complémentaire à l'offre actuelle qui serait maintenue dans le réseau de la santé et des services sociaux³ » peut sembler raisonnable.

Bref, l'ajout d'activités réservées aux pharmaciennes et pharmaciens peut s'avérer, à première vue, une façon efficace d'améliorer l'offre de services directs aux citoyennes et citoyens. Toutefois, qu'en serait-il de l'accès réel aux soins, notamment de l'accès équitable aux services « médicalement » requis?

1.2 La désassurance de services essentiels

En 2015, lors des audiences de la Commission des finances publiques sur le projet de loi n° 28 visant le retour à l'équilibre budgétaire, la CSQ a soulevé l'enjeu fondamental de la désassurance de services assurés, enjeu qu'il nous apparaît nécessaire de remettre en lumière dans le cadre des présentes consultations. En effet, l'élargissement des actes pharmaceutiques implique nécessairement l'enjeu de leur rémunération et de leur désassurance potentielle.

D'entrée de jeu, la section I du chapitre VII intitulée *Utilisation des sommes liées à la désassurance d'un service assuré* nous laisse perplexes.

¹ QUÉBEC (2019). *Projet de loi n° 31 : Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 42^e législature, 1^{re} session. [assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-31-42-1.html?appellant=MC].

² Article 2.

³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2019). *Rôle élargi des pharmaciens afin de bonifier l'accessibilité aux soins et de favoriser un meilleur usage des médicaments* (13 juin). Repéré à msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1820/.

Bien que l'article 19 actuel de la *Loi sur l'assurance maladie* (section III, *Professionnels de la santé*) précise que le ministre peut conclure toute entente prévoyant les règles et les modes de rémunération pour les services assurés, le législateur a jugé bon de préciser ses intentions par l'insertion du libellé suivant :

19.2. Malgré toute stipulation d'une entente visée à l'article 19, lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, toute somme prévue pour le financement de la rémunération de ce professionnel à l'égard d'un tel service est, à ce moment, exclue de la rémunération convenue avec l'organisme représentatif concerné (art. 166).

Bien sûr, il est raisonnable de considérer qu'une professionnelle ou un professionnel de la santé ne soit plus rémunéré par le régime public pour un service qui n'est plus assuré. Là n'est pas la question. Mais puisque le projet de loi vise l'atteinte de l'équilibre budgétaire, l'article 166 du projet de loi laisse présager qu'il y aura désassurance d'un certain nombre de services actuellement couverts par le régime public, tel qu'en fait foi le titre de la section I. La question est donc : quelles seront la nature et l'ampleur des changements à venir ? Outre la procréation assistée, d'autres services seront possiblement exclus de la couverture publique⁴.

Sans surprise, le présage de la désassurance de services publics s'est malheureusement avéré.

1.3 La facturation croissante des honoraires pharmaceutiques

Dans la *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*⁵, entrée en vigueur le 20 juin 2015, parmi les huit nouvelles activités pharmaceutiques alors reconnues, quatre seulement étaient des services assurés pour lesquels la facturation d'honoraires professionnels aux personnes couvertes par le régime général d'assurance médicaments était interdite, tant au volet public que privé.

Aujourd'hui, une seule de ces activités professionnelles semble demeurer un service assuré, donc sans frais, en principe, pour les usagères et usagers, soit le service de prescription d'analyses de laboratoire aux fins de la surveillance de la

⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Mémoire présenté à la Commission des finances publiques, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi n° 28 – Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016*, [En ligne] (janvier), 24 p., D12652. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2014-2015/D12652.pdf].

⁵ QUÉBEC (2011). *Projet de loi n° 41 : Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 39^e législature, 2^e session. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2011C37F.PDF].

thérapie médicamenteuse⁶. Ainsi, la facturation d'honoraires pharmaceutiques devient graduellement la norme. À titre d'exemple, rappelons qu'en 2016, la décision du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean de fermer progressivement les cliniques spécialisées publiques d'anticoagulothérapie de Jonquière, de La Baie et de Dolbeau, a soulevé l'indignation⁷. Dans la lettre invitant les gens à se tourner vers les nouveaux services offerts dans des pharmacies communautaires privées, ceux-ci étaient informés très brièvement des nouvelles règles de facturation.

Puisque le suivi ne sera plus effectué en milieu hospitalier, des frais d'honoraires professionnels initiaux et mensuels peuvent s'appliquer en pharmacie communautaire. Ces frais sont couverts par la Régime d'assurance médicaments du Québec (RAMQ) et par les régimes d'assurances privées⁸.

Ainsi, d'un service médicalement requis et assuré dans le réseau public hospitalier, le service de suivi et d'ajustement des doses d'anticoagulants en est devenu un requis au point de vue pharmaceutique, mais désassuré en pharmacie pour les personnes non couvertes par le volet public du régime général d'assurance médicaments.

Fait inquiétant, cette désassurance de services médicalement requis semble s'accélérer et prend de l'ampleur.

Le présent projet de loi prévoit en effet un champ de pratique pharmaceutique beaucoup plus important. À titre d'exemple :

Toutes les pharmaciennes et tous les pharmaciens exerçant dans une pharmacie communautaire – et non seulement ceux exerçant dans un centre exploité par un établissement de santé au sens des lois actuelles – pourront, notamment, prescrire et interpréter des analyses de laboratoire ou d'autres tests – et non seulement des analyses de laboratoires⁹. (l'italique est de nous)

Les nouvelles activités réservées prévues au projet de loi n° 31 pourront se faire dans certains cas ou suivant des conditions et des modalités déterminées par règlement¹⁰. Or, l'usage de la voie réglementaire pour définir les modalités de

⁶ Voir annexe I – Nouvelles activités professionnelles des pharmaciennes et pharmaciens.

⁷ SYNDICAT DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS DE LA SANTÉ DU NORD-EST QUÉBÉCOIS (CSQ) (2016). *Fermeture de cliniques d'anticoagulothérapie dans la région : Une décision inacceptable et injustifiée selon le SIISNEQ-CSQ* (25 novembre). Repéré à siisneq.lacsq.org/2016/11/25/fermeture-de-cliniques-danticoagulothérapie-dans-la-region/.

⁸ Lettre confidentielle émise par le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (22 février 2017).

⁹ Article 2, alinéa 1, paragraphe b), 10.

¹⁰ Notes explicatives dans le projet de loi n° 31.

couverture, et donc l'absence de débat public, occulte d'importants enjeux d'accès économique et d'équité.

À cet effet, nous tenons à porter à l'attention des parlementaires deux projets de règlement publiés dans la *Gazette officielle du Québec*, le 3 juillet dernier, projets qui apportent un éclairage essentiel à l'analyse du présent projet de loi :

- a) *Le Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*¹¹;
- b) *Le Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments*¹².

Dans le texte introductif de ces deux projets de règlement, nous pouvons lire :

Ce projet de règlement vise à modifier :

- L'article 60 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5);
- L'article 1.1 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (chapitre A-29.01, r. 4);

[...] afin que soient inclus, dans les services dont le coût est assumé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, le service rendu à une personne bénéficiant de soins palliatifs et le service rendu à la suite d'une hospitalisation de plus de 24 heures.

Ce projet de règlement a des répercussions positives sur les pharmaciens qui bénéficieront d'une rémunération pour ces deux services.

Les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux non assurés *subiront toutefois des coûts additionnels liés à la couverture des nouveaux services en pharmacie*¹¹⁻¹². (l'italique est de nous)

Ainsi, selon ces deux projets de règlement déposés en juillet dernier, ces nouveaux services pharmaceutiques devront désormais « être considérés comme des

¹¹ « Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, 151^e année, n^o 27 (3 juillet), p. 2516.

¹² « Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments » (2019). *Gazette officielle du Québec, Partie 2*, 151^e année, n^o 27, (3 juillet), p. 2517.

services assurés aux fins du troisième alinéa et du quatrième alinéa de l'article 3 de la Loi [sur l'assurance maladie]¹³ ».

Reconnaître officiellement ces services de prise en charge et de suivi de la thérapie médicamenteuse nous apparaît, bien sûr, pertinent. Or, ce sont les modalités de rémunération de ces services requis au point de vue pharmaceutique qui soulèvent des enjeux d'accès et d'équité.

En effet, par le biais de l'article 60 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* et de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, le gouvernement procède à la désassurance presque systématique des services pharmaceutiques pour les personnes détenant une couverture d'assurance privée.

Article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, troisième alinéa :

La Régie¹⁴ assume aussi [...] le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens [...] pour le compte de toute personne assurée qui est une personne admissible au sens de cette loi *et qui* [...] c) n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux visé au paragraphe a ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties prévues par un tel contrat ou régime suivant l'article 18 de cette loi¹⁵. (l'italique est de nous)

Sans aucun doute, pour la CSQ et ses affiliés, l'élargissement du rôle des pharmaciennes et pharmaciens, tel que préconisé dans le projet de loi n° 31, combiné à la réduction de l'offre de services publics et à la désassurance des services pharmaceutiques pour les personnes détenant un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux, constitue une privatisation insidieuse de services de santé pourtant essentiels. Une telle approche est inéquitable et contraire à l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous y reviendrons.

¹³ QUÉBEC (2019). *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, chapitre A-29, r. 5, art. 60, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/A-29,%20r.%205].

¹⁴ Régie de l'assurance maladie du Québec.

¹⁵ QUÉBEC (1999). *Loi sur l'assurance maladie, chapitre A-29, à jour au 1^{er} septembre 2019*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-29/].

Ainsi, la CSQ recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Recommandation 1

De reconnaître officiellement les services pharmaceutiques requis pour assurer la prise en charge et le suivi de la thérapie médicamenteuse comme des services de santé essentiels assurés.

1.4 La nécessité d'éliminer les barrières à l'accès

Fort heureusement, nos préoccupations en matière d'accès et d'équité semblent partagées.

Depuis le dépôt du projet de loi n° 31, certains acteurs du secteur pharmaceutique ont exprimé la nécessité d'abolir les barrières tarifaires, principaux freins à l'accès aux services cliniques en pharmacie.

Dans un communiqué émis le 14 août dernier, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a invité le gouvernement du Québec à revoir globalement le mode de rémunération des pharmaciennes et pharmaciens et à éliminer la « taxe patient » :

... le gouvernement impose aux patients des frais sur les services cliniques en pharmacie alors qu'ils peuvent y avoir accès gratuitement ailleurs dans le réseau de la santé. Ces frais, dits de franchise et de coassurance, doivent être éliminés pour permettre aux patients québécois d'avoir pleinement accès à ces services. L'amélioration de l'accès à la première ligne de soins souhaitée par la ministre de la Santé et des Services sociaux avec le dépôt du projet de loi 31 ne sera possible que si cet obstacle important est levé¹⁶.

Déjà en 2015, l'AQPP recommandait que la plupart des nouveaux services pharmaceutiques fassent « l'objet d'une couverture universelle pour tous les patients du régime d'assurance maladie du Québec, sans égard au caractère public ou privé de leur régime d'assurance médicaments¹⁷ ».

¹⁶ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES (2019). « Campagne de mobilisation par les pharmaciens propriétaires du Québec : en première ligne de soins, les pharmaciens font partie de l'équation », *Cision*, [En ligne] (14 août). [newswire.ca/fr/news-releases/campagne-de-mobilisation-par-les-pharmaciens-proprietaires-du-quebec-en-premiere-ligne-de-soins-les-pharmaciens-font-partie-de-l-equation-873641249.html].

¹⁷ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES (2015) *À la recherche de stratégies négociées, porteuses et durables pour le Régime général d'assurance médicaments*, Mémoire présenté à la Commission des finances publiques dans le cadre des consultations sur le projet de loi n° 28 : *Loi concernant principalement la mise en œuvre de*

La directrice générale de la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ), Thina Nguyen, recommande également que les actes professionnels soient assurés par l'assurance maladie et non par l'assurance médicaments afin d'éviter des frais aux bénéficiaires « comme la franchise et la coassurance »; deux obstacles financiers majeurs qui auraient freiné l'accessibilité des services en pharmacie lors de l'implantation du projet de loi n^o 41¹⁸.

Enfin, plusieurs études démontrent les liens directs entre l'imposition de frais en pharmacie (franchise, coassurance) et l'usage accru des autres services de santé, notamment en milieu hospitalier, comme le rapporte le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments, dans son rapport final rendu public en juin dernier.

Des chercheurs ont récemment étudié l'effet que produirait l'élimination des frais directs des médicaments de trois maladies seulement : le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. Ils ont constaté que, seul pour ces trois affections, il pourrait y avoir jusqu'à 220 000 visites à l'urgence en moins chaque année et jusqu'à 90 000 hospitalisations en moins. Cela représenterait des économies pouvant atteindre 1,2 milliard de dollars par année pour le système de soins de santé¹⁹.

Ces données parlent d'elles-mêmes et font appel au gros bon sens. De plus en plus d'études démontrent clairement les gains en matière d'accès aux soins et en matière d'efficacité de nos systèmes publics de santé que l'élimination des barrières économiques permettrait.

certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016, [En ligne] (janvier), 40 p. [monpharmacien.ca/wp-content/uploads/2015/01/memoire_aqpp_-_pl_28_-_janvier_20152.pdf].

¹⁸ HÉBERT, Vanessa (2019). « Le projet de loi 31 bien accueilli par les pharmaciens, qui demandent toutefois plus de moyens », *Métro*, [En ligne] (13 juin). [journalmetro.com/actualites/national/2335591/le-projet-de-loi-31-bien-accueilli-par-les-pharmaciens-qui-demandent-toutefois-plus-de-moyens/].

¹⁹ GOUVERNEMENT DU CANADA (2019). *Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous : Rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments*, [En ligne], Santé Canada, p. 51. [canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/final-report/rapport-final.pdf].

Ainsi, la CSQ recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Recommandation 2

D'éliminer les barrières à l'accès que sont les franchises et les coassurances.

1.5 L'urgence de rétablir l'équité en matière de santé

Nous le répétons aujourd'hui, la CSQ considère que les dispositions actuelles sur le financement des activités pharmaceutiques font reculer dangereusement les principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité en matière de santé. Il s'agit ni plus ni moins d'une autre forme de désengagement de l'État quant à la couverture publique de services médicaux maintenant réputés pharmaceutiques.

En modifiant le libellé des services rendus (soins requis au point de vue pharmaceutique plutôt que soins médicalement requis), on contourne l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*.

Par exemple, un service de prescription et d'interprétation d'analyses de laboratoire²⁰ afin d'assurer le suivi et l'ajustement de doses d'anticoagulants est, de notre point de vue, un service de santé essentiel qui devrait être assuré, nonobstant le fait qu'il ne soit pas réalisé en milieu hospitalier ou par un médecin.

En fait, d'un régime d'assurance maladie universel financé plus équitablement par l'intermédiaire d'un système fiscal progressif, nous dérivons très rapidement vers un financement des services de santé à contributions partagées qui ne tient pas compte de la capacité de payer des individus, du moins dans le volet privé du régime général d'assurance médicaments.

Ainsi, la multiplication des activités professionnelles pharmaceutiques rémunérées par les régimes d'assurance accentue les iniquités en matière de santé.

1.6 La réalité du secteur privé

Les primes des régimes privés, déterminées annuellement selon le risque économique que représente le groupe de personnes assurées, sont dans bien des cas beaucoup moins équitables que celles du régime public calculées en fonction du revenu familial disponible. Une forte iniquité est notamment observée dans les milieux de travail plus restreints regroupant des employées et employés atteints de maladies chroniques et auprès des travailleuses et travailleurs à revenu modeste

²⁰ Article 2, alinéa 1, paragraphe b), 10.

ou à statut précaire qui se voient imposer des primes obligatoires parfois très élevées, certaines représentant jusqu'à 10 % du revenu familial disponible.

Les données sur les régimes d'assurance collective rendues publiques lors d'un colloque organisé par la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) démontrent clairement le transfert des responsabilités en matière de santé.

Au cours des 20 dernières années, on estime que les coûts des assurances collectives ont augmenté entre 5 % et 8 % par année, et ce, principalement en raison de la forte hausse du coût des médicaments. Alors que les assurances collectives représentaient de 2 % à 5 % de la masse salariale au milieu des années 1990, elles se situent entre 6 % et 12 % aujourd'hui. Le coût du volet médicaments progresse ainsi beaucoup plus rapidement que l'inflation et les salaires.

[...] En bout de piste, quelles que soient les mesures adoptées [*pour contrôler les coûts des régimes d'assurance*], elles aboutissent la plupart du temps à un transfert des coûts sur les seules épaules des travailleurs et des travailleuses.

[...] De plus en plus, on observe que des travailleurs et des travailleuses démissionnent à cause du coût des assurances collectives ²¹. (*l'italique est de nous*)

En fait, plus que jamais, les régimes d'assurance collective multiplient les dispositions visant à compenser la hausse des coûts : diminution de la contribution de l'employeur, hausse du plafond de la contribution annuelle des employées et employés, diminution des montants remboursables, diminution de la fréquence des remboursements (montant remboursé une fois par période de 24 mois au lieu de 12 mois).

Compte tenu de la hausse exorbitante du coût des médicaments, incluant les honoraires pharmaceutiques croissants, certains groupes de travailleuses et travailleurs doivent même renoncer à leur assurance collective²². Ultimement, c'est l'ensemble des régimes collectifs²³ qui est menacé.

²¹ FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (2018). *Les médicaments : pièce maîtresse de notre santé : Colloque sur les régimes privés et public d'assurance médicaments, 13 et 14 novembre 2018*, [En ligne], Montréal, FTQ, p. 40, 43 et 44. [ftq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/11/Document-appui_Colloque-assurance-medicaments_2018_FINAL.pdf].

²² En vertu de la Loi, tout régime privé d'assurance doit offrir une couverture de base pour les médicaments, et toute personne admissible à un régime privé doit y adhérer et couvrir sa conjointe ou son conjoint et ses enfants. Seules les personnes qui ne sont pas admissibles à un régime privé peuvent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

²³ Assurance maladie, assurance invalidité, assurance vie, etc.

Le problème est connu. Les pharmaciennes et pharmaciens propriétaires avouent, même indirectement, refiler leur manque à gagner aux personnes assurées au privé, notamment pour maintenir l'accessibilité de leurs services.

Les tarifs du système public sont établis par le gouvernement et ne sont pas représentatifs des réalités opérationnelles de la pharmacie car ils n'ont pas été indexés au même rythme que l'inflation depuis plus de 15 ans, même si la pratique de la pharmacie et les médicaments eux-mêmes se sont considérablement complexifiés. Les régimes public et privé sont deux régimes très différents. Pour les assurés au privé, le prix reflète la réalité d'affaires de la pharmacie et les dépenses requises pour qu'elle *demeure accessible* à ses patients. Entre autres, la gestion administrative et logistique découlant de la multitude de régimes d'assurance privés qui existent entraîne une charge de travail additionnelle pour l'équipe en pharmacie²⁴. (l'italique est de nous)

Fait inacceptable, dans le secteur privé, des honoraires pharmaceutiques de 50 % à 225 % plus élevés que ceux du secteur public ont été observés²⁵.

Le gouvernement ne peut ignorer ces enjeux d'iniquités croissantes en matière de santé ni y contribuer. Il en va de l'accès équitable aux médicaments d'ordonnance, donc du droit à la santé tel que reconnu par l'Organisation mondiale de la santé²⁶, mais également du maintien de l'ensemble de nos protections sociales.

À la lumière de ces faits, l'élargissement des actes professionnels pharmaceutiques ne peut pas se poursuivre sans assurer une couverture publique et universelle de la thérapie médicamenteuse.

À ce titre, nous tenons à rappeler le très fort consensus social, tant québécois que canadien, en faveur de la mise en place d'une assurance médicaments publique et universelle²⁷.

²⁴ MON PHARMACIEN [s. d.]. *Comprendre votre nouvelle facture en pharmacie : des réponses à vos questions, question 4*, [En ligne]. [comprendremaufacture.ca/].

²⁵ CRÉPEAU, Catherine, et Charles DÉSY (2017). « Prix des médicaments : des écarts spectaculaires », *Protégez-vous* (12 septembre). Également disponible en ligne : [newswire.ca/fr/news-releases/protegez-vous-octobre-2017---enquete-sur-le-prix-des-medicaments--du-simple-au-double--643889613.html].

²⁶ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'accès aux médicaments essentiels fait partie intégrante du droit à la santé, c'est-à-dire le droit au meilleur état de santé que chaque personne est capable d'atteindre.

²⁷ MOUVEMENT POUR UN RÉGIME PUBLIC ET UNIVERSEL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS [s. d.]. « Une mobilisation qui prend de l'ampleur », *La pièce manquante, fiche n° 9*, [En ligne]. [assurancemedicaments.lacsq.org/wp-content/uploads/2019/10/fiches-9-Une-mobilisation-qui-prend-de-lampleur.pdf].

Ainsi, la CSQ recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Recommandation 3

D'assurer une couverture publique et universelle de la thérapie médicamenteuse, incluant les coûts liés aux médicaments d'ordonnance et à l'ensemble des services pharmaceutiques requis.

2. Clarifier les rôles et les responsabilités

Jamais l'organisation du travail dans le réseau de la santé n'a suscité autant de préoccupations. Les réformes qui se succèdent depuis plusieurs années ont entraîné des tensions importantes dans les milieux de travail et beaucoup d'instabilité dans les équipes de soins.

La fusion des établissements publics n'a pas uniquement bousculé les structures et les modes de gouvernance, elle a complètement déstabilisé une structure complexe de travail et de collaboration. Nous en subissons encore les contrecoups...

Et encore aujourd'hui, les multiples transformations simultanées – l'élargissement du champ de pratique de divers groupes professionnels (pharmaciennes et pharmaciens, infirmières praticiennes spécialisées, etc.), le transfert de ressources professionnelles des centres locaux de services communautaires (CLSC) au profit des groupes de médecine de famille, la fermeture de services spécialisés publics, etc. – entraînent une confusion grandissante quant aux rôles et aux responsabilités des différents personnels professionnels de la santé, mais également quant aux lieux de prestations de soins (CLSC, clinique médicale, pharmacie, domicile) donnant accès aux services sans frais.

L'enjeu de la vaccination²⁸ en est un bon exemple.

La ministre a affirmé qu'en pharmacie, « les vaccins couverts par le Programme québécois d'immunisation seront gratuits, comme c'est déjà le cas en CLSC et dans les cliniques médicales » et que « la vaccination contre la grippe sera également gratuite pour les clientèles vulnérables qui se qualifient pour ce programme ». Or, le prix du vaccin et les frais pour l'acte d'injecter sont deux composantes distinctes, comme en fait foi le site de la RAMQ.

²⁸ Article 2.

Vaccination couverte par le Programme québécois d'immunisation :

- L'acte d'injecter et le vaccin ne peuvent être facturés à une personne assurée par un médecin participant ni par un tiers non autonome (par exemple, une infirmière);
- Un tiers autonome (par exemple, un pharmacien) qui réalise une vaccination est en droit de facturer des frais à une personne assurée pour l'acte d'injecter...il peut obtenir gratuitement le vaccin auprès d'un CIUSSS ou d'une direction de santé publique. Dans le cas contraire, il peut diriger la personne assurée vers un CLSC, où elle pourra obtenir le vaccin gratuitement.
- Un tiers autonome (par exemple, un pharmacien) qui réalise une vaccination est malgré tout en droit de facturer des frais à une personne assurée pour l'acte d'injecter et pour le vaccin lorsqu'il ne l'a pas obtenu gratuitement, après l'avoir informée de la possibilité d'obtenir le vaccin gratuitement ailleurs²⁹. (les parenthèses sont de nous)

La pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et celle de la pharmacienne ou du pharmacien dans le suivi de maladies chroniques constituent un autre exemple de confusion potentielle.

Selon les lignes directrices de la pratique clinique de l'IPSPL, celle-ci peut, entre autres choses, amorcer un traitement, dont un traitement pharmacologique, pour l'un des six problèmes de santé chronique reconnus³⁰. Elle peut ainsi prescrire, ajuster, renouveler ou cesser les médicaments pour les indications de base dans sa spécialité. Elle a alors la responsabilité :

- de choisir le médicament ou la substance appropriée à la condition de santé, en tenant compte de l'histoire pharmaceutique et non pharmaceutique;
- d'expliquer à la personne la justification du choix du médicament, les effets thérapeutiques attendus, les effets secondaires éventuels, les précautions à prendre et l'impact sur sa vie quotidienne;
- d'évaluer les effets de la thérapie médicamenteuse;

²⁹ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (s. d.). *Frais facturés aux personnes assurées – Foire aux questions – Vaccination*, [En ligne]. [ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/services-assures/Pages/faq.aspx].

³⁰ Diabète, hypertension, hypercholestérolémie, asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques, hyperthyroïdie.

- d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis par l'état de santé;
- d'assurer le suivi des effets indésirables et des interactions, les déceler, les prévenir et les traiter si nécessaire³¹.

En quoi le rôle de la pharmacienne ou du pharmacien se distingue-t-il des responsabilités de l'IPSPL, en pareil cas?

Si les lignes directrices encadrant la pratique des IPSPL sont très explicites en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle et à la prise en charge partagée des bénéficiaires afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'accès aux services de santé, et de faciliter la coordination et la continuité des soins, qu'en sera-t-il de la pratique des pharmaciennes et des pharmaciens? À quel personnel professionnel sera confiée la responsabilité de garantir l'intégration des soins lorsqu'il y a également nécessité d'assurer la prise en charge de la thérapie médicamenteuse? Qui veillera au respect des droits des usagers et usagers si l'offre de services cliniques se déploie en établissement privé?

Comment une approche intégrée pourrait adéquatement se réaliser en pharmacie, un environnement déjà surchargé et restreint offrant très peu d'espace pour la surveillance clinique et les échanges confidentiels? Dans un tel environnement, comment pourrait-on décemment évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments³²?

En fait, même les pharmaciennes et pharmaciens du Québec reconnaissent ne pas avoir les ressources requises pour réaliser les nouvelles activités prévues au projet de loi n^o 31. Beaucoup de difficultés ont déjà été recensées :

- Les consultations sont beaucoup plus nombreuses qu'auparavant;
- Les recherches et les inscriptions dans le dossier des bénéficiaires prennent de plus en plus de temps;
- La gestion des dossiers se complexifie (en raison de la multiplication des prescripteurs, des données à saisir et des actes à exercer);
- Les frais de consultation, pour la réalisation des nouveaux actes, suscitent de plus en plus d'interrogations qui accaparent un temps précieux;

³¹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2019). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : lignes directrices*, [En ligne], 66 p. [oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSPL-web.pdf?20190722].

³² Article 2, paragraphe 1, alinéa a.

- Les transferts de services de la pharmacie des hôpitaux vers les pharmacies communautaires privées créent des tensions entre les diverses parties prenantes (médecins spécialistes, CLSC, bénéficiaires, etc.).

Si le projet de loi n°31 vise à permettre aux pharmaciennes et pharmaciens d'exécuter davantage d'activités cliniques, le partage des responsabilités, selon une approche multidisciplinaire, et leurs modalités d'application et de mise en œuvre suscitent de nombreuses questions et préoccupations.

Ainsi, la CSQ recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Recommandation 4

De clarifier les rôles et les responsabilités des différents personnels professionnels de la santé afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'accès aux services de santé et de faciliter la coordination et la continuité des soins.

Selon plusieurs acteurs, pour améliorer l'accès aux services de première ligne en pharmacie, la ministre n'aura d'autres choix que d'ajouter d'importantes ressources humaines et financières. À ce titre, le président de l'AQPP semble catégorique : « Pour pouvoir jouer pleinement notre rôle, nous devons revoir le modèle de rémunération afin qu'il reflète la complexité des services que nous rendons actuellement aux patients³³ ».

Or, pour la CSQ, améliorer l'accès aux services de première ligne en pharmacie ne doit surtout pas signifier accroître davantage la rémunération à l'activité, un modèle de rémunération de la pratique médicale qui a été fortement décrié, notamment par le premier ministre lui-même.

S'il y a nécessité de revoir le modèle de rémunération des activités professionnelles pharmaceutiques, cela ne doit d'aucune façon être source d'iniquités croissantes, ni contribuer à la privatisation des services de santé essentiels que sont les services de prise en charge et de suivi de la thérapie médicamenteuse.

³³ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES (2019). *Campagne de mobilisation par les pharmaciens propriétaires du Québec : en première ligne de soins, les pharmaciens font partie de l'équation* (14 août). Repéré à monpharmacien.ca/wp-content/uploads/2019/08/Campagne-de-positionnement-4.pdf.

Ainsi, la CSQ recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

Recommandation 5

De revoir le modèle de rémunération des pharmaciennes et pharmaciens afin que les couts liés à la prise en charge et au suivi de la thérapie médicamenteuse soient adéquatement rémunérés par l'État.

Liste des recommandations

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) recommande au gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux :

1. De reconnaître officiellement les services pharmaceutiques requis pour assurer la prise en charge et le suivi de la thérapie médicamenteuse comme des services de santé essentiels assurés;
2. D'éliminer les barrières à l'accès que sont les franchises et les coassurances;
3. D'assurer une couverture publique et universelle de la thérapie médicamenteuse, incluant les coûts liés aux médicaments d'ordonnance et à l'ensemble des services pharmaceutiques requis;
4. De clarifier les rôles et les responsabilités des différents personnels professionnels de la santé afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'accès aux services de santé et de faciliter la coordination et la continuité des soins;
5. De revoir le modèle de rémunération des pharmaciennes et pharmaciens afin que les coûts liés à la prise en charge et au suivi de la thérapie médicamenteuse soient adéquatement rémunérés par l'État.

Annexe I

Nouvelles activités professionnelles des pharmaciennes et pharmaciens

Informations extraites des documents suivants :

RAMQ Infolettre 081 – À l'intention des pharmaciens – *Nouvelles activités professionnelles des pharmaciens* (3 juillet 2015) : ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2015/info081-5.pdf.

RAMQ Infolettre 206 – À l'intention des développeurs de logiciels – Pharmacie– *Modalités de facturation – Nouvelle entente des pharmaciens* (18 septembre 2018) : ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2018/info206-8.pdf.

Modification aux tarifs (document non coté) :

ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/260-pharmaciens/010_tarif_pharm.pdf.

Depuis le 20 juin 2015, les pharmaciennes et pharmaciens peuvent exercer de nouvelles activités professionnelles.

À la suite des changements apportés et conformément aux règlements qui découlent de la *Loi sur l'assurance médicaments*, la RAMQ précise les modalités administratives relatives au traitement des demandes de paiement des ordonnances pour les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments.

Ces nouvelles activités sont des services assurés (jusqu'à modifications réglementaires). Ainsi, celles n'ayant pas fait l'objet d'une entente de tarification ne peuvent, en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant sur le plan du régime public que sur celui des régimes privés.

Nouvelles activités pharmaceutiques				
\$ rémunérées (facturées) X non rémunérées (non facturées)* *Elles ne peuvent, en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant sur le plan du régime public sur celui des régimes privés	22 juin 2015	31 octobre 2018	31 octobre 2018 au 31 mars 2019	1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures	16 \$		16,25 \$	16,51 \$
Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis	16 \$			
Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (Le cout des tests effectués en pharmacie n'est pas inclus dans la rémunération de la pharmacienne ou du pharmacien pour ce service)	15,50 \$ à 19,50 \$ (rencontre initiale selon le type et le nombre d'interventions) 40 \$ (prise en charge, forfait annuel catégorie 1, + 50 % si champ thérapeutique additionnel)		15,74 \$ à 19,81 \$ 40,63 \$ + 20,31 \$ (champ thérapeutique additionnel)	15,99 \$ à 20,12 \$ 41,27 \$ + 20,63 \$ (champ thérapeutique additionnel)

Nouvelles activités pharmaceutiques				
\$ rémunérées (facturées) X non rémunérées (non facturées)* *Elles ne peuvent, en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant sur le plan du régime public sur celui des régimes privés	22 juin 2015	31 octobre 2018	31 octobre 2018 au 31 mars 2019	1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
	50 \$ (prise en charge, forfait annuel catégorie 2, + 50 % si champ thérapeutique additionnel) 16 \$ (prise en charge, forfait mensuel catégorie 3)		50,79 \$ + 25,39 \$ (champ thérapeutique additionnel) 16,25 \$	51,59 \$ + 25,79 \$ (champ thérapeutique additionnel) 16,51 \$
Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance (les modalités de facturation vous seront transmises ultérieurement) et sa prolongation (2018)	? (modalités de facturation à venir)		12,70 \$ (une fois par 12 mois)	12,90 \$ (une fois par 12 mois)
Service de substitution du médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement au Québec Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement (2018)	X	16 \$	16,25 \$	16,51 \$

Nouvelles activités pharmaceutiques				
\$ rémunérées (facturées) X non rémunérées (non facturées)* *Elles ne peuvent, en aucun cas, être facturées à la personne assurée par le régime général d'assurance médicaments, tant sur le plan du régime public sur celui des régimes privés	22 juin 2015	31 octobre 2018	31 octobre 2018 au 31 mars 2019	1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Service d'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié (aux fins d'enseignement 2018)	X	18,30 \$ (une fois par année, par personne assurée, par médicament)	18,30 \$	18,59 \$
Le service de prescription des analyses de laboratoire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse (service toujours couvert sans frais selon le site Web de la RAMQ – 6 septembre 2019)	X			
Ajustement d'une ordonnance d'une ou d'un médecin en modifiant la forme, la dose afin d'assurer la sécurité de la personne patiente, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit	X	20,10 \$	20,10 \$	20,42 \$

À surveiller (nouvelles activités)				
\$ rémunérées (facturées) X non rémunérées (non facturées)		31 octobre 2018 au 31 mars 2019		1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Prise en charge après une hospitalisation (Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, publié le 3 juillet 2019)			25 \$? Pas en vigueur	25,39 \$? Pas en vigueur
Prise en charge de la clientèle en soins palliatifs (Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, publié le 3 juillet 2019)			30 \$ (montant forfaitaire hebdomadaire) Pas en vigueur	30,47 \$ (montant forfaitaire hebdomadaire) Pas en vigueur
Prescription et administration des vaccins et, en situation d'urgence, de certains autres médicaments (projet de loi n° 31)				
Prescription de tous les médicaments en vente libre (projet de loi n° 31)				
Administration d'un médicament par voie intranasale (projet de loi n° 31)				
Ajustement ou prolongation des ordonnances de tous les prescripteurs, non seulement celles des médecins (projet de loi n° 31)				

À surveiller (nouvelles activités)				
\$ rémunérées (facturées) X non rémunérées (non facturées)		31 octobre 2018 au 31 mars 2019		1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Cessation d'une thérapie médicamenteuse selon une ordonnance ou à la suite d'une consultation effectuée à la demande d'un prescripteur (projet de loi n° 31)				
Substitution au médicament prescrit d'un autre médicament même s'il n'appartient pas à la même sous-classe thérapeutique (projet de loi n° 31)				
Prescription et interprétation non seulement des analyses de laboratoire, mais de tout test aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse (projet de loi n° 31)				
Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments (projet de loi n° 31)				

