



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

CSSS – 037M
C.P. – P.L. 10
Abolition des
agences régionales

MÉMOIRE RELATIF AU PROJET DE LOI N° 10

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la
santé et des services sociaux notamment par l'abolition des
agences régionales*

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Hôtel du Parlement - Québec

MARDI 28 OCTOBRE 2014

Table des matières

Introduction	1
Un constat frappant : un contrôle central serré	3
Le rôle du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de Montréal.....	4
La perte de sensibilité au continuum des services pharmaceutiques par le conseil d'administration des CISSS	5
La fusion des établissements et des genres : attention aux effets pervers	6
L'engagement essentiel des acteurs de terrain.....	6
Le mélange des genres	7
Les établissements suprarégionaux : une logique incomprise	8
La reconnaissance de la spécialisation : un atout à mettre en place rapidement	8
La mise en commun des services : attention aux impacts sur la qualité	9
Une pression accrue sur les fournisseurs : des problèmes éthiques à prévoir ?	10
La surveillance de l'activité clinique dans l'établissement.....	11
Un remède à l'accessibilité aux soins de première ligne et aux médicaments ?	12
Conclusion	13

Introduction

L'Ordre des pharmaciens du Québec (l'Ordre) tient à vous remercier de lui permettre de présenter ses commentaires sur le projet de loi n° 10, soit la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Dans tous les pays industrialisés, les gouvernements sont à la recherche de moyens pour réaliser des économies au sein du système de santé en raison du fardeau important qu'il impose au budget de l'État et au niveau de la taxation des citoyens. Dans ce contexte, ils ont imposé des changements successifs en espérant que cela produise des économies et réduise l'énorme fardeau induit par le système. Pouvoir compter sur un système efficient pour permettre de mieux utiliser les sommes disponibles et les réinvestir pour traiter mieux et davantage de patients, voilà un objectif que l'Ordre des pharmaciens du Québec partage avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Pour y arriver, le projet de loi n° 10 modifie de façon profonde la gouvernance et l'organisation du réseau.

Beaucoup plus que d'abolir un palier décisionnel que sont les agences de santé, le projet de loi crée des superstructures et centralise de nombreux pouvoirs dans les mains du Ministre. Il repose également sur une logique d'intégration horizontale et verticale des établissements qui, après plusieurs années, pourrait conduire à une offre de services mieux intégrés. Il faut toutefois noter que la fusion des structures ne conduit pas nécessairement à une intégration clinique, d'autant que le projet de loi n° 10 semble s'intéresser davantage aux structures qu'aux projets cliniques. De surcroît, le développement de réseaux locaux de services, qui a été mis de l'avant par la réforme de 2004, se voulait basé sur une approche populationnelle, sur une adaptation des services en fonction des attributs des clientèles locales et sur l'établissement de liens fonctionnels efficaces entre les diverses composantes de la 1^{re} ligne (cliniques médicales, pharmacies et organismes communautaires), alors qu'aujourd'hui les établissements semblent être mis de côté.

La gouvernance et l'organisation du réseau ne relèvent pas de la compétence directe de l'Ordre dont la mission est de protéger le public, notamment par le contrôle de l'exercice de ses membres. Néanmoins, encore aujourd'hui, l'Ordre est appelé à travailler de concert avec le Ministère sur des projets d'organisation de services qui nécessitent son apport quant à la détermination des niveaux de soins pharmaceutiques requis par les patients et à la qualification de l'offre de services généraux ou spécialisés qui doit avoir cours pour répondre aux besoins identifiés. Ces travaux doivent permettre au Ministère de mieux planifier les trajectoires de soins pharmaceutiques. Le Vérificateur général du Québec a d'ailleurs demandé que des travaux portant sur la hiérarchisation des services en fonction des besoins soient réalisés.

L'organisation des services vient donc soutenir une offre de services professionnels de qualité (qualité technique, continuité et globalité). En d'autres mots, la qualité de l'offre de services professionnels est en partie tributaire de l'organisation qui la soutient. D'ailleurs, le législateur fait lui-même ce parallèle en mentionnant que l'un des objectifs du projet de loi qui modifie l'organisation des services est de « [...] *contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* ». C'est dans ce contexte que l'Ordre des pharmaciens du Québec interviendra devant les parlementaires réunis en commission.

Un constat frappant : un contrôle central serré

L'Ordre tient à souligner les efforts du gouvernement afin que les conseils d'administration des établissements soient constitués en tenant compte des pratiques modernes de gouvernance des organisations. Ainsi, le projet de loi a pour effet de réduire la taille des conseils d'administration. Il prévoit l'établissement de profils de compétences dans certains domaines d'expertise prédéterminés et nécessaires à une bonne administration des affaires de l'organisation. En outre, le projet de loi prévoit l'obligation pour le Ministre de consulter un comité d'experts pour procéder aux nominations des membres indépendants. Il laisse également une place beaucoup plus grande (en proportion) qu'auparavant à ces derniers.

Parallèlement à ces améliorations, on doit constater que le Ministre nommera tous les nouveaux dirigeants : P.-D.G., P.-D.G. adjoint et tous les membres des conseils d'administration, même les sept membres indépendants. Il désigne également le président du conseil d'administration.

De plus, le Ministre s'octroie de nombreux autres pouvoirs, notamment ceux de coordonner les services, d'établir des corridors de services entre les régions et à l'intérieur des régions, de forcer les approvisionnements en commun et de dicter l'organisation structurelle des établissements. Par exemple, en matière d'approvisionnement en commun, on doit noter que les façons de faire actuelles, centralisées et rigides (par exemple l'absence de possibilité de double adjudication), ont pu contribuer à amplifier le phénomène de la pénurie de médicaments, ou du moins certainement à générer davantage d'impacts, ce qui a conduit les établissements au bord de la crise il y a quelques années (épisode Sandoz), voire il y a quelques mois (épisode paclitaxel).

L'Ordre ne peut que constater la très grande volonté de centralisation de la gouvernance du réseau exprimée par le projet de loi. N'étant pas expert en la matière, l'Ordre ne s'avancera pas à prédire l'impact réel qu'aura cette centralisation sur l'atteinte des objectifs énoncés par le projet de loi. Par contre, l'Ordre est à même de constater que cette réforme de la gouvernance est un virage au moins à 90° lorsque l'on compare ses objectifs à ceux ayant mené à l'instauration des CSSS et à l'approche populationnelle qui y était promue il y a moins d'une dizaine d'années. D'une volonté de responsabilité accrue de l'instance locale comme entité la plus à même de répondre aux besoins de la population, l'entité possédant le plus d'informations pour ce faire ; on propose désormais une gestion du système à travers un contrôle central très renforcé, exercé directement par le Ministre qui dispose de moins de renseignements sur les besoins de la population locale que les établissements et leurs installations. Cette asymétrie d'information laisse présager une intensification des demandes de reddition de comptes provenant du palier provincial, d'ailleurs souvent animées par des enjeux politiques, et un accroissement des structures administratives pour produire l'information nécessaire à une gouvernance centralisée.

Or, pour éviter de nuire à l'innovation, ne devrait-on pas tendre plutôt vers une imputabilité réelle des organisations, des gestionnaires et des professionnels de la santé envers la production de valeurs pour les patients¹? D'ailleurs, c'est ce que le *Cleveland Clinic*, l'un des meilleurs établissements des États-Unis, a fait.

« The Cleveland Clinic has established a Value-Based Care Team, made up of physicians, nurses and other experts who will work together to translate “better, lower cost and faster” into everyday practice. Services are rationalized across the network, with multi-specialty teams using system-wide resources to deliver the right care at the right place for every patient, at the right time with the right cost.² »

Le rôle du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de Montréal

L'Ordre est heureux de constater que les CRSP survivent à la présente réforme. En effet, considérant l'importance du médicament et des services pharmaceutiques dans l'arsenal thérapeutique moderne, considérant les risques que fait porter au patient un usage inapproprié des médicaments, considérant l'importance des dépenses générées et considérant les pénuries de personnel et de médicaments que le réseau a connues au cours de la dernière décennie, la pertinence de cet organe n'est pas à remettre en question.

On se rappellera que le mandat des comités régionaux sur les services pharmaceutiques est de :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre ;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques ;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

L'Ordre s'interroge toutefois sur une particularité pour la région de Montréal. En effet, le CRSP est constitué au sein du centre intégré de santé et de services sociaux du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal. Or, dans l'état actuel du projet de loi, quelle portée auront les recommandations et avis du CRSP sur les autres établissements de la région

¹ Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care, Harvard business review, 2013 (10), 1-19

² Real world healthcare. Cleveland Clinic's Value-Based Care Team Improves Patient Wait Times, Saves Costs [en ligne] disponible sur <http://www.realworldhealthcare.org/2013/08/cleveland-clinics-value-based-care-team-improves-patient-wait-times-saves-costs>. 2014(10)

montréalaise ? Quel levier aura cet établissement pour faire en sorte que les orientations régionales qu'il adopte le soient par les autres établissements ?

La perte de sensibilité au continuum des services pharmaceutiques par le conseil d'administration des CISSS

Considérant l'importance des services de première ligne et du rôle particulièrement important qu'y joue le pharmacien communautaire, l'Ordre tient à manifester son inquiétude quant à la perte du siège réservé à un membre du CRSP au sein des nouvelles superstructures. En effet, le législateur avait cru bon, il y a quelques années, de corriger une lacune qui provenait du fait que les CRSP ne disposaient pas d'un siège au conseil d'administration pour y répercuter les problèmes d'accessibilité, de qualité et de continuité des services pharmaceutiques ainsi que pour y amener les solutions novatrices proposées. Lors d'une modification ultérieure à la loi, cet « oubli » avait été corrigé pour revenir aujourd'hui à la case « 0 » suggérée par le projet de loi n° 10.

Cette décision entraînera de nouveau une perte de sensibilité des conseils d'administration à la situation des pharmaciens du territoire exerçant leur profession hors d'une installation maintenue par un établissement. Pourtant, en matière de thérapie médicamenteuse, les transitions du patient plus vulnérable entre la communauté et les établissements de santé, par exemple la personne âgée polymédicamentée, ne sont pas chose aisée dans notre système et conduisent fréquemment à des accidents médicamenteux et à des hospitalisations ou à des ré-hospitalisations. En ce sens, la compréhension des liens entre les pharmaciens communautaires, les pharmaciens d'établissements et autres professionnels des établissements n'a jamais été aussi importante ; il suffit de songer à la pratique organisationnelle requise quant au bilan comparatif des médicaments qui peut prévenir des décès. Par ailleurs, des dépenses publiques annuelles en médicaments de près de 1 milliard de dollars dans les établissements et d'environ 3 milliards de dollars dans la communauté devraient conduire naturellement le législateur à considérer l'importance de l'avis du professionnel spécialiste de leur utilisation.

Finalement, notons que les pharmaciens communautaires représentent 71 % des effectifs pharmaceutiques de la province et qu'ils ne sont pas représentés par les Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Pourtant avec le réseau des cliniques médicales privées et des GMF, les pharmacies privées représentent une porte d'entrée naturelle des patients aux services de première ligne. Cette réalité a d'ailleurs été reconnue par le législateur puisqu'elle est à la base même de l'adoption unanime du projet de loi n° 41 modifiant la *Loi sur la pharmacie*.

Pour toutes ces raisons, l'Ordre des pharmaciens du Québec ne comprend pas la tendance répétitive des instances politiques et administratives à *oublier* d'intégrer la dimension pharmaceutique dans le processus de prise de décisions.³

Dans le souci de maintenir les efforts pour améliorer la qualité des services pharmaceutiques entrepris par les agences, notamment dans ses dimensions d'efficience et de continuité, nous suggérons qu'un pharmacien membre du CRSP siège au conseil d'administration de chaque CISSS.

La fusion des établissements et des genres : attention aux effets pervers

L'engagement essentiel des acteurs de terrain

L'Ordre est préoccupé par le fait que la mise en œuvre de fusions administratives d'envergure, telles celles qui sont proposées, est un projet extrêmement ambitieux. Il nécessitera beaucoup d'énergie de la part des différents intervenants, notamment des pharmaciens, une profession déjà frappée par la pénurie de l'effectif et la pénurie de médicaments, et dont une partie des efforts sera redirigée vers l'actualisation de la structure plutôt qu'aux services directs aux patients. Cela est d'autant plus alarmant que le tempo imposé est extrêmement rapide et que le gouvernement ne semble pas vouloir prendre le temps de rallier les acteurs de terrain, sans la participation desquels les chances de succès d'une telle opération sont compromises. En effet, dans le cas de fusions administratives, il faut prendre le temps de communiquer la vision pour que cette dernière soit bien comprise et partagée par les acteurs. Cela a d'ailleurs été documenté dans quelques publications qui ont observé les impacts du processus de fusion amorcé en 2003 et qui a donné naissance aux CSSS actuels.

De plus, de nombreuses réformes ont provoqué une démobilisation des professionnels qui ont observé, ou du moins perçu, un écart entre les promesses faites et les résultats obtenus sur le terrain. Dans ce contexte, l'Ordre craint par-dessus tout que la présente refonte amène une perte de sens pour les travailleurs et professionnels du réseau, dont font notamment partie les pharmaciens d'établissements. Or, le sens au travail est un puissant levier de mobilisation.

³ Un exemple encore récent de cette situation est la préparation du réseau et des cliniques médicales à la gestion d'une éventuelle épidémie liée au virus Ébola alors que les pharmaciens et l'Ordre des pharmaciens du Québec, dont la mission est pourtant la protection du public, n'ont reçu aucune information des hautes instances, forçant ainsi l'Ordre à quémander les renseignements à gauche et à droite pour s'acquitter correctement de sa mission.

Dans l'état actuel du réseau et avec peu de garanties que la réforme atteindra sa cible, une démobilisation massive des professionnels et travailleurs du réseau pourrait conduire à l'effet inverse de celui recherché, soit de contribuer à diminuer la qualité des services offerts à la population.

Le mélange des genres

Avec le projet de loi n° 10, on assistera à la fois à une intégration horizontale (établissements avec une même mission) et à une intégration verticale des établissements (missions différentes). Si l'intégration horizontale laisse moins à espérer sur le plan d'une amélioration de la qualité des services, l'intégration verticale recèle un potentiel d'amélioration particulièrement sur la dimension de la continuité des services.

De plus, les fusions pourraient permettre, si les résistances professionnelles étaient abaissées, que l'information médicale puisse circuler plus librement à l'intérieur de ces superstructures. Néanmoins, la communication de renseignements entre la 1^{re} ligne et les 2^e et 3^e lignes demeurera toujours aussi difficile. Cette difficile circulation de l'information représente d'ailleurs un enjeu important entre les pharmaciens communautaires et les pharmaciens des établissements de santé.

Par contre, l'impact des fusions proposées sur les différentes trajectoires de soins (1^{re}, 2^e et 3^e lignes) ne semble pas être au cœur des préoccupations. Il ne semble pas important non plus d'identifier qui sera responsable de quoi en cette matière. D'ailleurs, les efforts pour une meilleure intégration des services de première ligne à l'ensemble paraissent totalement exclus du projet du gouvernement. En présence de soins devant être rendus de façon partagée entre la première et la deuxième ligne pharmaceutique, nous aimerions souligner la contribution des tables locales et régionales sur les services pharmaceutiques qui créent en pharmacie une possibilité de coordination intéressante. Nous souhaiterions voir des initiatives comme celles-là mieux soutenues par le réseau.

À la lecture du projet de loi, nous devons déduire que le conseil d'administration de chaque CISSS sera l'organe responsable de démontrer la sensibilité et la compréhension nécessaire des enjeux complexes liés aux trajectoires de soins pour bien comprendre, innover et faire les arbitrages requis, non seulement entre les différentes missions de l'établissement, mais entre les besoins de clientèles extrêmement variées dont la localisation géographique (milieu rural, semi-urbain ou urbain) peut fortement influencer la nature et le niveau de services. Sans présumer que le conseil d'administration d'un CISSS ne sera pas en mesure de s'acquitter adéquatement de cette responsabilité portant sur ces enjeux fort complexes, il faudra certainement veiller à ce que ses membres soient rigoureusement formés et sensibles à ces réalités pour ce faire.

Les établissements suprarégionaux : une logique incomprise

L'Ordre s'explique mal la logique utilisée pour créer les établissements suprarégionaux. Le CHUM, le CUSM, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Institut de Cardiologie de Montréal héritent d'une mission suprarégionale compatible avec leur mission de recherche et d'enseignement. Néanmoins, dans les autres cas, les centres universitaires sont intégrés dans de plus grands ensembles, sans vocation suprarégionale. Or, en pharmacie, comme en médecine, les établissements et instituts universitaires ou affiliés contribuent largement à la formation des effectifs professionnels, à la recherche en pratique pharmaceutique et à la réalisation des études visant le développement de nouveaux médicaments. Qu'advient-il de la contribution de ces centres universitaires à ces domaines d'excellence et de leur impact sur la qualité de l'exercice professionnel s'ils sont intégrés à des superstructures ? Ces établissements pourront-ils quand même décider en fonction d'une vision suprarégionale au regard de la recherche et de l'enseignement ? Si oui, cette contribution suprarégionale sera-t-elle reconnue sur le plan budgétaire, même si la composante suprarégionale ne fait pas partie de leur mission ? De plus, pourquoi, par exemple, l'Institut de Cardiologie de Montréal devient-il un établissement suprarégional, alors que l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est intégré à un plus grand ensemble ? Pourquoi, tous les centres suprarégionaux se situent-ils à Montréal et pas également à Sherbrooke ou à Québec ? Qu'advient-il des représentants universitaires au sein des conseils d'administration pour les établissements affiliés aux universités ; l'article 8, 8^e paragraphe couvre-t-il cette situation ?

La reconnaissance d'une première spécialité : un atout à mettre en place rapidement

Pour des motifs de protection du public, l'Ordre demande depuis plusieurs années à pouvoir délivrer des permis de spécialistes, et ce, sans succès.

Devant la création de « superdépartements » de pharmacies réunissant des pharmaciens qui ont développé des expertises dans des domaines de pointe tels l'oncologie, la cardiologie, les soins critiques et la santé mentale pour ne nommer que ceux-là, il nous apparaît de plus en plus urgent de permettre à l'Ordre de distinguer les genres (généralistes versus spécialistes), bien que chacun ayant une pertinence et un rôle important à jouer dans le continuum des services organisé de façon logique et hiérarchisée. La façon de permettre cette distinction pour mieux protéger le public passe inévitablement par la reconnaissance d'une première spécialité, structurante et large, sur laquelle pourrait ensuite prendre assise des spécialités plus pointues comme l'oncologie. Des résidences spécialisées existent déjà, mais sont actuellement sous la seule responsabilité des établissements pour l'instant. Des discussions préliminaires ont eu lieu avec la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour les intégrer à un

programme de 2^e ou 3^e cycle qui serait complémentaire à la maîtrise en pharmacothérapie avancée.

En effet, les fusions proposées dans le cadre du projet de loi n^o 10 réuniront dans un même établissement une combinaison de services généraux, spécialisés et surspécialisés prodigués par des pharmaciens ayant un seul et même titre d'emploi, et ce, sans qu'ils aient nécessairement, sur le plan individuel, les expertises requises pour permettre de bien prendre en charge les clientèles dans les multiples situations de ces établissements. Prenons l'exemple du pharmacien qui a développé une expertise pointue en pédopsychiatrie et que l'on délocaliserait dans une installation qui prodigue des soins généraux (donc plus large). Prenons l'exemple du pharmacien plus généraliste que l'on délocaliserait dans une installation qui offre des soins spécialisés ou surspécialisés. Dans un contexte d'établissement régional, il pourrait être tentant de déplacer les pharmaciens, sans égard pour les expertises développées, dans les différentes installations pour pallier les problèmes de pénurie localisés dans une ou deux installations seulement.

La reconnaissance de la spécialisation en pharmacie devient encore plus nécessaire afin d'éclairer les décisions concernant la localisation des ressources humaines pour répondre aux besoins de la population. Considérant la complexité du circuit du médicament et de l'utilisation de la thérapie médicamenteuse dans les superstructures qui résulteront des fusions d'établissements, nous croyons qu'il est important de s'assurer que l'exercice de la pharmacie bénéficie des mêmes standards de qualité, et ce, peu importe le site où la pharmacie s'exercera dans le CISSS.

Favoriser l'émergence d'une première spécialité en pharmacie par la délivrance d'un certificat de spécialiste et évaluer la pertinence de prendre assise sur cette première spécialité pour développer des spécialités pointues comme l'oncologie qui bénéficie déjà de programmes de résidence spécialisée développés par les établissements.

La mise en commun des services : attention aux impacts sur la qualité

L'Ordre est inquiet du pouvoir que le Ministre se donne d'exiger que des établissements publics fassent un usage commun de certains biens ou services qu'il détermine, et ce, sans avoir à consulter les organes (ex. : CMDP, chefs de départements) ou organisations (ex. : ordres professionnels) chargés de veiller sur la qualité de l'acte ou des services professionnels.

À titre d'exemple, la centralisation de la préparation de solutions de chimiothérapie auprès d'un seul fournisseur externe en Ontario, sans se préoccuper des procédures et des façons de faire cliniques particulières à chacun des établissements, a conduit à une crise sans précédent. Au total, 1 202 patients ont été touchés par l'événement. De ce nombre, 1 007 ont reçu des doses insuffisantes de cyclophosphamide, 191, des doses insuffisantes de gemcitabine et 4, des doses insuffisantes des deux médicaments. La majorité des patients touchés (1 162) étaient des adultes, mais 40 enfants ont aussi reçu des doses insuffisantes. Tous les patients touchés sauf 30 recevaient les médicaments dans le cadre d'un traitement contre le cancer.

Un autre exemple consisterait à exiger la préparation de tous les médicaments stériles dans une seule et même installation du CISSS. Une telle décision implique de vérifier que l'établissement possède l'infrastructure technique, les procédures et le personnel pour supporter le volume d'activité accru. Elle implique également de disposer de la logistique et des équipements nécessaires pour le transport sécuritaire des produits préparés, la préservation de la chaîne de froid et de l'intégrité des médicaments (gel, chaleur) et en s'assurant que la formation du personnel soit faite et que l'étiquetage et les procédures d'administration soient harmonisés entre toutes les installations. Finalement, elle implique de vérifier la pertinence de maintenir des équipements secondaires pour les premières doses et de maintenir le savoir-faire local pour pallier les situations urgentes et les besoins pressants. L'Ordre termine actuellement une série d'inspections ciblées dans ce domaine et son intervention a conduit à une amélioration notable des façons de faire dans les établissements visités, mais seulement au prix de l'embauche d'inspecteurs très spécialisés dans le domaine.

L'Ordre voit donc mal comment des décisions visant la mise en commun de certains services professionnels spécialisés pourraient provenir du pouvoir central sans aucune consultation préalable des autorités compétentes.

Modifier l'article 133 pour faire en sorte que le Ministre soit tenu de consulter les organes et organisations chargés de surveiller la qualité de l'acte et de protéger le public avant de pouvoir exiger que les établissements fassent usage commun de certains biens ou services professionnels.

Une pression accrue sur les fournisseurs : des problèmes éthiques à prévoir ?

L'Ordre est également préoccupé par la pression que les nouvelles superstructures créeront auprès des fournisseurs, notamment des compagnies pharmaceutiques et des fournisseurs d'équipements médicaux, en réduisant le nombre de clients potentiels. Chaque contrat, chaque décision d'approvisionnement, représentera alors un enjeu

commercial important pour les fournisseurs et des décisions difficiles pour les chefs de départements de pharmacie et les comités de pharmacologie en période de restrictions budgétaires. D'ailleurs, les contraintes financières des organisations sont réputées, dans la documentation, favoriser l'émergence de pratiques moins éthiques. De plus, en pharmacie, la sélection des médicaments dans l'établissement peut influencer le choix de la thérapie médicamenteuse en milieu ambulatoire puisque des thérapies chroniques amorcées à l'hôpital ont de grandes chances d'être poursuivies à l'extérieur de l'établissement. Nous n'avons qu'à penser au CISSS de Montérégie qui desservira une clientèle de 1,5 million de personnes.

Nos préoccupations sont d'autant plus d'actualités que le Vérificateur général du Québec a soulevé, il y a peu de temps, la présence de pratiques commerciales discutables qui auraient eu cours, dans les établissements de santé, concernant l'achat de médicaments.

L'Ordre considère que des mécanismes nécessaires pour préserver l'indépendance des professionnels devront être mis en place, devant l'importance des enjeux commerciaux qui prévaudront dans les superstructures alors créées.

De plus, chaque établissement devrait avoir non seulement l'obligation d'élaborer (comme c'est le cas actuellement) et d'appliquer un code d'éthique et de déontologie, mais il devrait aussi s'assurer que le personnel reçoive une formation appropriée sur ce dernier.

La surveillance de l'activité clinique dans l'établissement

L'Ordre s'interroge sur la portée du changement du libellé de l'une des responsabilités dévolues au directeur général (maintenant le président-directeur général) au regard de la surveillance de l'activité clinique. En effet, alors qu'auparavant le directeur général était chargé de s'assurer que la surveillance de l'activité clinique dans l'établissement était effectuée, notamment par les chefs de départements sous l'autorité du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens et par ce dernier sous l'autorité du conseil d'administration, le projet de loi lui demande dorénavant de s'assurer de la surveillance de l'activité clinique. Le nouveau libellé semble faire dévier la responsabilité du conseil d'administration vers le président-directeur général. Or, l'Ordre considère, pour des raisons d'indépendance professionnelle exigées par les codes de déontologie des divers professionnels, qu'il serait plus sage de maintenir l'ancien libellé pour permettre que la surveillance de l'activité clinique demeure sous la responsabilité des pairs.

Par ailleurs, l'ampleur et l'éparpillement des membres des CMDP sur de nombreux sites laissent craindre une complexification de l'exercice du mandat de surveiller la qualité de l'acte dans toutes les installations de l'établissement.

Un remède à l'accessibilité aux soins de première ligne et aux médicaments ?

Un des objectifs du projet de loi est de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population. Pourtant, comme mentionné précédemment, le projet de loi ne semble pas proposer de mesures pour améliorer les liens fonctionnels entre la première ligne (cliniques médicales et GMF, pharmacies et organismes communautaires) et les superstructures qui seront créées.

Par ailleurs, si le changement de structure est loin de garantir un meilleur accès aux soins, d'autres mesures ont souvent conduit à des résultats bien documentés dans la documentation scientifique. Nous n'avons qu'à penser aux changements de gouvernance basés sur la production de valeurs pour les patients, une approche dont plusieurs des composantes ont été intégrées par le *Cleveland Clinic* aux États-Unis.

Finalement, pendant que le réseau de la santé subira des changements profonds qui prendront plusieurs années à s'installer, des projets d'amélioration des pratiques professionnelles ayant produit des résultats concrets en matière d'accessibilité dans d'autres pays et même dans toutes les autres provinces canadiennes, tarderont à être mis en application. L'Ordre pense ici à la *Loi 41* qui a pourtant fait l'objet d'une adoption unanime par les parlementaires et dont les travaux conduisant à sa mise en application rapide ont fait l'objet d'une surveillance étroite des parlementaires. Malheureusement, si l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec ont livré la marchandise depuis maintenant plus d'une année, la population, qui manque pourtant cruellement d'accès aux services de première ligne, est privée de ses bienfaits ! Qui plus est, la *Loi 41* est un exemple de collaboration et d'intégration intra et interprofessionnelle qui faciliterait le travail des établissements au quotidien pour rendre les soins de santé plus accessibles.

Puisque le projet de loi n° 10 a pour but de « simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau », nous demandons à ce que le MSSS conclue rapidement un accord avec l'AQPP afin de mettre en vigueur les nouvelles activités des pharmaciens (Loi 41).

Dans le même ordre d'idées, le réseau est toujours sous l'emprise de problèmes d'accès aux médicaments alors que deux paliers de gouvernement tardent toujours à intervenir de façon concrète et pérenne.

Conclusion

L'Ordre souscrit aux objectifs du projet de loi, à savoir favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau. En effet, les ratés du système, notamment en matière d'accès, et les sommes colossales et croissantes qui y sont investies, justifient une intervention de l'État pour corriger le tir.

Néanmoins, comme pour l'utilisation des médicaments, l'utilisation du remède appliqué doit être basée sur des données probantes, le dosage utilisé doit être adapté aux patients et les effets secondaires doivent être mitigés. Sans ces précautions, le malade pourrait ne pas guérir, ou pire, voir son état se détériorer.

La centralisation importante pouvant conduire à une certaine déresponsabilisation des gestionnaires et des professionnels, l'intégration des structures sans une vision clinique claire, le risque de démobilité des professionnels et des travailleurs du réseau, la mise à l'écart du processus décisionnel des pharmaciens œuvrant hors établissement, les risques liés à l'indépendance professionnelle dans les nouvelles superstructures et la précipitation à agir, tout en délaissant des mesures plus souples comme une plus grande contribution de l'ensemble des professionnels à l'offre de services (comme il serait possible de le faire avec l'entrée en vigueur de la *Loi 41*), sont autant de préoccupations de l'Ordre qui commanderaient certainement une réflexion sur un éventuel ajustement de la thérapie médicamenteuse !