CSSS – 097M
C.P. – P.L. 10
Abolition des
agences régionales

Projet de loi 10, Loi modifiant l'organisation de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S)

Présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux

Le 11 novembre 2014

A.P.E.S. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

AVANT-PROPOS

L'A.P.E.S. est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (L.R.Q., chapitre S-40). Elle s'assure de la valorisation et de l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de défendre et de faire progresser les intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente près de 1 500 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé, la majorité d'entre eux œuvrant au sein d'établissements ayant une mission de soins aigus. Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent un diplôme universitaire de premier cycle obtenu au terme de quatre années d'études universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux détient une formation de second cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée ou en pharmacie d'hôpital. Certains pharmaciens, de plus en plus nombreux, détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (pharmacothérapie, oncologie, psychiatrie, etc.) d'un organisme américain, le *Board of Pharmacy Specialties*.

RÉSUMÉ

Le projet de loi n° 10 propose une refonte en profondeur des structures et de la gouvernance du réseau de la santé pour une meilleure efficience. L'A.P.E.S. souscrit à ces objectifs et est favorable aux regroupements de structures proposés dans le projet de loi. En effet, l'A.P.E.S. proposait, en septembre dernier, dans le cadre des travaux de la Commission de la révision des programmes la mise en commun de services et l'harmonisation de pratiques pour éviter les duplications. Le projet loi fournit donc un cadre permettant d'atteindre les objectifs visés par l'A.P.E.S.

Par contre, l'A.P.E.S. constate que certains éléments sont absents du projet de loi. D'abord, aucune mention n'est faite dans le libellé du projet de loi de son caractère provisoire visant à mener à la refonte de la LSSS, puis au transfert des pouvoirs centralisés vers le palier régional. Le projet de loi semble également retirer du conseil d'administration des Agences de santé le poste occupé présentement par le représentant du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP). L'A.P.E.S. propose donc que ce poste soit maintenu au sein des conseils d'administration des futurs CISSS. Enfin, le concept de gouvernance clinique est absent du projet de loi. Pourtant, l'application de la gouvernance clinique permettrait l'atteinte de meilleurs résultats. Par exemple, le mode de gestion utilisé dans les départements de pharmacie devrait être maintenu et servir de modèle pour les autres départements cliniques.

Par ailleurs, l'A.P.E.S. s'inquiète que la mise en place du projet de loi ait un impact négatif sur le climat et l'organisation du travail et qu'elle nuise donc aux efforts d'attraction de la relève en pharmacie. La pénurie d'effectifs en pharmacie d'établissement est un phénomène critique qui perdure depuis près de 15 ans. L'établissement des conditions salariales concurrentielles avec le secteur privé, combiné à des efforts sans précédent de promotion de la pratique, ont permis récemment de renverser la tendance et font en sorte que la relève semble davantage attirée par la pharmacie d'établissement de santé.

Enfin, plusieurs actions pourraient être prises rapidement afin d'améliorer la performance des pharmaciens. La reconnaissance de la spécialisation en pharmacie permettrait de mieux définir l'organisation des soins et services pharmaceutiques des départements de pharmacie. L'A.P.E.S. rappelle que même si les pharmaciens d'établissements détiennent majoritairement une formation de 2e cycle, qui fait d'eux des experts de haut niveau capables de faire face à des situations cliniques variées en soins aigus et en soins de

longue durée, cette formation ne fait l'objet d'aucune reconnaissance officielle par l'Ordre des pharmaciens du Québec qui a pourtant déposé un règlement à cet effet auprès de l'Office des professions du Québec en 2007.

Des travaux sont déjà en cours pour rehausser la formation du personnel technique en pharmacie. Ces travaux doivent être accélérés pour que les pharmaciens bénéficient d'un soutien accru qui augmenterait leur performance. De plus, trois des cinq phases du projet d'automatisation du circuit du médicament, le projet SARDM (Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments), ont déjà été déployées. La réalisation le plus rapidement possible des deux dernières phases du projet permettrait sans aucun doute de garantir la sécurité du circuit du médicament et d'ainsi diminuer les risques d'erreurs médicamenteuses sur tout le territoire québécois.

Tous ces développements doivent s'appuyer sur des technologies performantes. Ainsi, le Dossier Santé Québec, les systèmes d'information en pharmacie, la télépharmacie, les systèmes de codes à barres ou encore les prescripteurs électroniques devront faire partie intégrante des plans de technologies informationnelles du réseau de la santé, sans quoi les fusions de structures souhaitées seront un échec.

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) représente près de 1 500 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé du Québec. Ces pharmaciens sont des experts en pharmacothérapie qui contribuent quotidiennement à garantir la sécurité du circuit du médicament et à offrir des soins pharmaceutiques de haut niveau. Par leurs actions au sein des groupes d'achats, ou encore par les évaluations de médicaments faites pour le Comité de pharmacologie de l'établissement, les pharmaciens d'établissements exercent un contrôle direct sur les dépenses en médicaments. Ils constituent donc des interlocuteurs de choix dans le cadre de cette réforme.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS ..... **i**
RÉSUMÉ ..... **iii**
TABLE DES MATIÈRES ..... **v**
1. INTRODUCTION **1**
2. GOUVERNANCE ET NOUVELLES STRUCTURES **3**
2.1. La raison d'être du projet de loi 3
2.2. Une loi de transition? 3
2.3. Le pharmacien dans la structure de gouvernance 5
2.4. Gouvernance clinique des établissements 5
2.5. Les établissements universitaires et les Facultés de pharmacie 6
3. DÉPARTEMENT DE PHARMACIE, RESPONSABILITÉS ET RÔLES **8**
3.1. La gestion du département de pharmacie 8
3.2. Les expertises variées du pharmacien d'établissement 10
3.3. La pénurie d'effectifs en pharmacie d'établissement 11
3.4. Le personnel technique 13
3.5. CMDP et qualité des actes professionnels 14
4. CIRCUIT DU MÉDICAMENT **17**
4.1. Approvisionnement 17
4.2. Technologies de l'information 18
4.3. Sécurité du circuit 19
5. CONCLUSION **21**
ANNEXE 1 – Liste des propositions **23**

1. INTRODUCTION

Le projet de loi n° 10 est ambitieux et propose une réforme en profondeur des structures actuelles du réseau de la santé et de ses modes de gouvernance. L'A.P.E.S. se sent directement interpelée par ce projet de loi qui pourrait avoir des répercussions importantes sur les modes de prestation des soins et services pharmaceutiques. L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) souhaite donc partager avec les membres de la Commission de la santé et des services sociaux les inquiétudes des pharmaciens d'établissements à cet égard et émettre quelques recommandations qui, même si elles ne sont pas toujours liées directement au projet de loi, peuvent faciliter sa mise en œuvre.

Par ailleurs, l'A.P.E.S. déposait en septembre dernier des propositions[1] au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la Commission permanente de révision des programmes. Dans sa présentation, l'A.P.E.S. mettait de l'avant des solutions visant à optimiser les soins de santé, plus particulièrement le circuit du médicament et la pharmacothérapie. L'A.P.E.S. proposait alors de regrouper certaines activités en vue de rendre les pharmaciens plus efficients et ainsi éviter les duplications.

Bien que les fusions d'établissements proposées par le projet de loi n° 10 ne soient pas absolument nécessaires à l'atteinte des objectifs visés en pharmacie d'établissement, il faut convenir que ces regroupements sur un même territoire faciliteront la mise en commun des activités comme le proposait l'A.P.E.S. en septembre dernier. Dans ce contexte, l'Association accueille favorablement le projet de loi, d'autant plus qu'il constitue une occasion d'intégrer les meilleures pratiques et de les harmoniser.

L'A.P.E.S. tient donc à remercier le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, ainsi que l'ensemble des membres de la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre d'exposer les préoccupations des pharmaciens d'établissements de santé du Québec.

[1] A.P.E.S. Propositions dans le cadre de la Commission permanente de révision des programmes, 23 septembre 2014. [en ligne] http://www.apesquebec.org/app/media/9716.

2. GOUVERNANCE ET NOUVELLES STRUCTURES

2.1. La raison d'être du projet de loi

Tous les groupes qui se sont prononcés sur le projet de loi n° 10 ont été unanimes à endosser ses objectifs, soit 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'efficience et l'efficacité du réseau. L'A.P.E.S. joint sa voix à celle de tous les autres intervenants pour appuyer ces objectifs et est prête à collaborer pour les atteindre.

Depuis plus de 40 ans, les pharmaciens d'établissements ont fait la preuve de leur apport significatif au réseau de la santé. Leurs actions, que ce soit l'intégration des pharmaciens aux différentes équipes de soins, la participation aux groupes d'achats, ou encore la mise sur pied de formulaires de médicaments, ont grandement contribué à augmenter la sécurité du circuit du médicament tout en freinant l'augmentation des dépenses en médicaments. Les pharmaciens d'établissements constituent donc un groupe de professionnels qui, de par ses connaissances étendues des thérapeutiques, a un rôle crucial à jouer pour assurer la sécurité de la pharmacothérapie, veiller à l'usage optimal des médicaments et limiter la croissance des dépenses dans le réseau de la santé.

2.2. Une loi de transition?

Au-delà des considérations liées aux meilleures pratiques en matière de gouvernance, ce sont des préoccupations à l'égard d'une perte de contrôle des décisions au palier local qui inquiètent les travailleurs de la santé. En effet, la centralisation de nombreux pouvoirs aux mains du ministre de la Santé et des Services sociaux dans le projet de loi n° 10, notamment en ce qui concerne la nomination des dirigeants, suscite de nombreuses réactions. Selon certains experts, il est faux de présumer qu'une transformation des structures sera nécessairement accompagnée d'une modification des pratiques managériales et professionnelles[2]. D'autres experts mentionnent que la publication d'un livre blanc aurait dû précéder l'élaboration du projet de loi. Les pharmaciens d'établissements sont, pour leur part, très préoccupés de ne pouvoir poursuivre tout le travail fait jusqu'à présent pour mettre en place un réseau local de services, assorti d'une table locale de

[2] Contandriopoulos, AP. La gouvernance clinique : une nécessité pour transformer le système de santé et les organisations de santé! Colloque annuel de l'ACMDP, Montréal, 7 novembre 2014.

pharmaciens intégrant les pharmaciens de pratique privée à ceux des établissements de santé.

La constitution des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) a été laborieuse mais a permis de resserrer les liens entre les établissements de missions différentes en les obligeant, entre autres, à maintenir des corridors de services adéquats pour le transfert de patients d'un milieu à l'autre. Aujourd'hui, le transfert d'un patient est d'autant facilité par le fait qu'il se trouve à l'intérieur d'un même CSSS, où il y a généralement une bien meilleure collaboration entre les installations, que lorsque les discussions avaient cours entre établissements différents.

Tous ces gains réalisés avec la mise en place des CSSS ne doivent pas être perdus. Le projet de loi n° 10 doit mener à une plus grande coordination, au plan régional et à une circulation encore plus fluide des patients dans le système en vue de leur offrir les meilleurs soins possibles.

Enfin, l'A.P.E.S. est d'accord avec l'approche préconisée par le ministre voulant que le projet de loi n° 10 soit transitoire, le temps de mettre en place la nouvelle gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux devant mener à une refonte complète de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Toutefois, il est impératif de redonner par la suite aux entités régionales leur pleine autonomie. Par conséquent, l'A.P.E.S. suggère fortement qu'une mention de l'état provisoire du projet de loi n° 10 soit faite dans son libellé afin de rassurer l'ensemble des parties concernées.

Proposition n° 1

L'A.P.E.S. recommande d'inclure dans le libellé du projet de loi n° 10 une mention de son état transitoire, ce qui permettrait, non seulement de rassurer les parties concernées sur le caractère temporaire de la centralisation des pouvoirs, mais également de situer le processus législatif dans un cadre plus large devant mener notamment, à la refonte de la LSSSS.

2.3. Le pharmacien dans la structure de gouvernance

L'A.P.E.S. avait obtenu au moment de la révision de la LSSSS[3], qu'un pharmacien membre du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) occupe un siège au conseil d'administration (CA) de l'Agence de santé et de services sociaux. Or, même si l'existence du CRSP est préservée dans la réforme, le projet de loi n° 10 omet de rapatrier le poste réservé à son représentant au sein de la structure de gouvernance du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Alors que plus de 650 millions de dollars de dépenses en médicaments reposent sur les épaules des pharmaciens d'établissements de santé, en plus des milliards associés au régime général d'assurance-médicaments, il est incontournable de conserver l'expertise pharmaceutique au sein des CA des CISSS. Selon les besoins identifiés par le CA du CISSS, ce pharmacien pourrait avoir un profil d'établissement de santé ou encore provenir du réseau privé des pharmacies, puisque le CRSP regroupe les deux catégories de pharmaciens.

Proposition n° 2

L'A.P.E.S. recommande que soit maintenu le siège réservé à un pharmacien, membre du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), au sein du conseil d'administration des CISSS.

2.4. Gouvernance clinique des établissements

La gouvernance clinique, qui se veut un lieu d'action collective, de relations et de savoirs entre les acteurs engagés dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé, doit être mise à profit dans nos organisations de soins de santé. Le but ultime de cette gouvernance clinique est d'améliorer constamment les standards de soins cliniques, de prendre des décisions fondées sur des données probantes actualisées, bref d'obtenir de meilleurs résultats de santé[4].

Or, le projet de loi n° 10 ne fait aucunement mention de cette gestion médico-administrative. Il serait opportun d'y faire référence ou à tout le moins, de préciser si cette dimension sera prise en compte dans l'éventuelle refonte de la LSSSS.

---

[3] A.P.E.S. Mémoire portant sur le projet de loi n° 127, Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, mars 2011. [en ligne] http://www.apesquebec.org/app/wa/mediaEntry?mediaEntryId=3928.

[4] Brault I, Roy DA, Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. Pratiques et Organisation des Soins. 2008 (Juillet-Septembre);39(3) :167-73.

Par ailleurs, le modèle actuel de gestion des départements de pharmacie, où le chef est un pharmacien supervisant les activités cliniques tout en occupant des fonctions administratives, dont la gestion des budgets, des ressources humaines et des ressources matérielles, est un modèle unique garant des meilleurs résultats en santé. L'A.P.E.S. est convaincue que cette approche est favorable à la bonne conduite des affaires du département de pharmacie et souhaite vivement que le chef de département puisse continuer à exercer ses fonctions de la même manière, avec toute l'autonomie requise pour atteindre les objectifs fixés par le MSSS. Ce modèle pourrait très certainement servir d'assise au développement d'une gouvernance clinique pour les autres chefs de départements.

Proposition n° 3

L'A.P.E.S. recommande que les chefs de départements cliniques, et plus particulièrement les chefs des départements de pharmacie, puissent conserver l'autonomie professionnelle requise pour rencontrer les objectifs qui leur seront fixés.

Proposition n° 4

L'A.P.E.S. recommande que le modèle de gestion du chef du département de pharmacie puisse être utilisé pour développer une meilleure gouvernance clinique à l'égard des autres chefs de départements cliniques.

2.5. Les établissements universitaires et les Facultés de pharmacie

L'A.P.E.S. s'explique mal pourquoi certains centres hospitaliers universitaires sont inclus dans les nouveaux CISSS, en particulier dans la ville de Québec où le Centre hospitalier universitaire de Québec, le CHU de Québec, est regroupé avec l'ensemble des autres établissements de la région de la Capitale-Nationale, ainsi qu'en Estrie avec le regroupement qui inclut le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Au Québec, il existe deux facultés de pharmacie, soit celle de l'Université de Montréal et celle de l'Université Laval. Ces facultés offrent le programme de premier cycle, le Doctorat professionnel en pharmacie (Pharm. D.), donnant ouverture à la pratique de la pharmacie, ainsi que celui de 2e cycle, la Maîtrise en pharmacothérapie avancée (M. Sc.), en plus d'une variété d'autres programmes de 1er, 2e et 3e cycle. Les étudiants de ces programmes sont appelés, tout au long de

leur formation, à compléter des stages dans les établissements de santé affiliés à chacune des facultés.

L'A.P.E.S. craint que le regroupement d'établissements universitaires avec les autres établissements du territoire ne dilue leur mission d'enseignement et de recherche et n'entraîne une baisse de la qualité de l'enseignement dispensé aux futurs pharmaciens d'établissements. Par ailleurs, dans la région de la Capitale-Nationale, le département de pharmacie formé par le CISSS prévu au projet de loi n° 10 serait de deux à trois fois plus gros que ceux des autres établissements de la province, engendrant en plus un déséquilibre par rapport aux autres départements de pharmacie créés par le projet de loi n° 10.

Les établissements universitaires ont toujours été des milieux d'excellence visant l'intégration des meilleures pratiques. Ils constituent la locomotive de toute la pratique en pharmacie d'établissement. Grâce à ces institutions, en collaboration avec les facultés de pharmacie, des pratiques variées et spécialisées ont émergé puis se sont implantées au fil du temps. Ces établissements universitaires guident et accompagnent tous les pharmaciens d'établissements du Québec dans la mise en place de soins et services pharmaceutiques d'avant-garde. En effet, les résultats des diverses recherches évaluatives réalisées au fil des ans ont mené au développement d'outils pratiques favorisant l'innovation et l'implantation de meilleures pratiques dans les autres établissements du réseau.

L'A.P.E.S. est d'avis que le CHU de Québec, de même que le CHUS, devraient demeurer des entités indépendantes avec une mission de recherche et d'enseignement.

Proposition n° 5

L'A.P.E.S. soutient qu'il serait préférable de conserver l'indépendance des établissements universitaires que sont le CHU de Québec et le CHUS.

3. DÉPARTEMENT DE PHARMACIE, RESPONSABILITÉS ET RÔLES

3.1. La gestion du département de pharmacie

L'approche préconisée dans le projet de loi en ce qui concerne l'attribution des budgets est celle des programmes-services. Cette approche ne s'applique pas à l'ensemble des activités qui ont cours au sein de l'établissement. En effet, le département de pharmacie est constitué de professionnels et de personnel de soutien dont l'activité est transversale à l'ensemble des clientèles de l'établissement. Compte tenu de la polyvalence des pharmaciens et du fait que les activités liées au circuit du médicament ne peuvent être fractionnées, il y a lieu de maintenir un centre de coûts distinct pour le département de pharmacie.

Par ailleurs, la gestion des départements de pharmacie des futurs CISSS doit continuer de reposer sur l'expertise des pharmaciens gestionnaires. Toutes les activités prévues à l'actuelle LSSSS doivent être maintenues et assumées par le chef du département de pharmacie.

En outre, le chef du département de pharmacie doit continuer à œuvrer sous la responsabilité immédiate du Directeur des services professionnels (DSP), en plus de conserver un lien étroit avec les activités médicales puisque l'acte pharmaceutique y est intimement lié. Toutefois, dans la perspective de l'intégration de plusieurs départements de pharmacie au sein d'un même établissement, le chef devra être appuyé d'une solide équipe de pharmaciens gestionnaires pour assurer une transition en douceur. L'intégration des meilleures pratiques, l'optimisation de la pharmacothérapie, la mise en place d'ordonnances collectives et de protocoles communs ainsi que l'usage d'un seul et unique formulaire de médicaments, sont autant de tâches dont devront s'acquitter les gestionnaires du nouveau CISSS. Il sera par ailleurs plus ardu d'y arriver si les gestionnaires en place ne sont pas habilités à comprendre les enjeux touchant un département de pharmacie.

Bien que le ministre Barrette ait clairement indiqué que le projet de loi n° 10 ne s'inspire nullement du modèle de soins de santé observé en Alberta, nous avons cru utile de consulter nos collègues albertains pour obtenir leurs impressions et recommandations face aux diverses expériences de fusion que ces derniers ont vécues depuis près de 20 ans maintenant. Ces pharmaciens constatent deux choses :

- les soins pharmaceutiques se sont généralement améliorés au cours des dernières années en réduisant notamment l'isolement de certains pharmaciens;
- des équipes de pharmaciens (*practice leaders*) ont dû être créées pour revoir les meilleures pratiques, normes et procédures dans divers secteurs d'activités; ce faisant, ces équipes ont permis d'éliminer toutes les duplications de tâches qui faisaient auparavant partie du quotidien des pharmaciens. Les équipes de pharmaciens s'assurent également que leurs recommandations sont prises en compte et que les meilleures pratiques sont mises en œuvre par les pharmaciens de chacune des zones (ou régions).

Toutefois, nos collègues albertains nous ont fait trois mises en garde pour assurer le succès des fusions en pharmacie :

- des efforts doivent être consentis pour créer et pourvoir tous les postes de pharmaciens gestionnaires (ou *practice leaders*);
- les technologies nécessaires (systèmes d'information en pharmacie, robots, télépharmacie, dossier clinique informatisé) doivent être au rendez-vous;
- il ne faut surtout pas viser à ce que chaque petite procédure soit identique dans chaque centre (il faut conserver une couleur locale selon la mission et le contexte du centre).

Sans ces éléments permettant de mettre en place graduellement des pratiques uniformisées, le risque d'erreurs est d'autant plus important dans les établissements. En Alberta, particulièrement dans le secteur d'Edmonton, les technologies semblent encore défaillantes, ce qui limite considérablement la mise en commun de certaines activités.

Proposition n° 6

L'A.P.E.S. recommande qu'il soit clairement établi que le département de pharmacie offre des services transversaux à l'ensemble des programmes-services de l'établissement et que le centre de coûts de ses activités demeure une entité distincte.

Proposition n° 7

L'A.P.E.S. recommande que les chefs de département de pharmacie des nouveaux CISSS puissent, sous l'autorité du DSP, mettre en place une équipe de pharmaciens

gestionnaires pour les appuyer dans la réalisation des fusions et l'exercice de leur mandat, en vertu de la LSSSS.

3.2. Les expertises variées du pharmacien d'établissement

La vaste majorité des pharmaciens d'établissements possède un diplôme de 2e cycle en pharmacie, soit la Maîtrise en pharmacothérapie avancée ou son équivalent. Il faut donc 6 ans pour former un pharmacien d'établissement. La plupart des connaissances acquises au 2e cycle portent sur les médicaments utilisés en établissement de santé et les pathologies qui y sont traitées.

En plus de cette formation, de nombreux pharmaciens d'établissements ont développé une expertise pointue dans un champ spécialisé de la pharmacothérapie. L'A.P.E.S. regroupe des membres qui forment des communautés de pratique en soins palliatifs, en gériatrie, en infectiologie, en psychiatrie et en première ligne.

Dans les faits, les pharmaciens d'établissements ont tous une pratique spécialisée et même, pour certains, une pratique surspécialisée dans un champ thérapeutique donné. Pourtant, à l'heure actuelle, cette expertise n'est pas reconnue par un statut particulier. Les pharmaciens figurent au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec sans distinction aucune pour une formation académique supérieure ou une pratique avancée.

L'A.P.E.S. est d'avis que la non-reconnaissance formelle de ces types de spécialisation nuit à l'organisation des soins et services en pharmacie. Dans le contexte des fusions d'établissements proposées par le projet de loi n° 10, l'A.P.E.S. souhaite que les établissements s'assurent de conserver les expertises là où elles se trouvent en tenant compte également des corridors de services existants. Il serait inopportun de fusionner les départements de pharmacie provenant d'établissements de santé aux missions variées en considérant les effectifs comme interchangeables.

Le modèle médical permet un contrôle des activités de chaque médecin au sein de l'établissement de santé par l'octroi de privilèges. Cette pratique permet de définir le rôle de chaque médecin dans l'établissement tout en permettant au CMDP d'évaluer ses compétences pour exercer dans le champ de pratique demandé.

L'A.P.E.S. a déjà soumis, en 2005[5], une demande pour que des privilèges soient octroyés aux pharmaciens d'établissements sur la base du modèle médical. Avec la reconnaissance de spécialités en pharmacie, ce propos pourrait tout à fait redevenir d'actualité.

Proposition n° 8

L'A.P.E.S. souhaite que le MSSS donne son aval le plus tôt possible au projet de règlement de l'Ordre des pharmaciens du Québec portant sur la reconnaissance d'une première spécialité en pharmacie. De plus, l'A.P.E.S. souhaite également que soient instituées, le plus rapidement possible, des résidences agréées par les deux facultés de pharmacie dans des secteurs de pointe où déjà des pharmaciens exercent la pharmacie.

Proposition n° 9

L'A.P.E.S. recommande que les établissements fusionnés tiennent compte des expertises propres aux pharmaciens d'établissements et évitent de les considérer comme interchangeables.

3.3. La pénurie d'effectifs en pharmacie d'établissement

De nombreux groupes ont exprimé publiquement leurs craintes face à la démobilisation possible des travailleurs aux prises avec une nouvelle réforme en peu de temps. En pharmacie d'établissement, des efforts considérables ont été consentis dans les dernières années pour attirer la relève. Ces efforts commencent à porter fruits. Il faut donc éviter de freiner cet élan par une réforme maladroitement implantée qui rendrait le réseau de la santé moins attrayant aux yeux des futurs candidats.

Il est important de rappeler que depuis la fin des années '90, une pénurie croissante de pharmaciens sévit dans le réseau de la santé. Cette pénurie a atteint un seuil critique dans la deuxième moitié des années 2000, ce qui a commandé des gestes exceptionnels de la part du gouvernement en vue de pallier les ruptures de soins et services.

[5] A.P.E.S. Mémoire portant sur le projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, janvier 2005.
[en ligne] http://www.apesquebec.org/app/wa/mediaEntry?mediaEntryId=11.

Afin de documenter l'ampleur de la pénurie et ses conséquences dans le réseau, l'A.P.E.S. réalise depuis 2006 une enquête annuelle auprès des départements de pharmacie des hôpitaux du Québec. En 2008, cette enquête recensait un taux de pénurie de l'ordre de 18 % et la nécessité pour 42 établissements du réseau d'avoir recours à des pharmaciens dépanneurs. En 2013, le pourcentage de pénurie avait atteint 23 %, alors que 52 établissements du réseau de la santé avaient fait appel à des pharmaciens dépanneurs[6]. Cette pénurie est de loin la plus critique du réseau de la santé.

Les pharmaciens d'établissements ne sont pas très nombreux sur le territoire québécois. Ils représentent environ 18 % des pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Au total, le budget des établissements regroupés comptait, au 1er avril 2013, 1266 équivalents temps plein (ETC) pharmaciens. De ce nombre, seulement 978 ETC étaient occupés, les 288 autres étant vacants. Rappelons simplement que malgré les recommandations contenues au *Guide de gestion des urgences* du MSSS[7], ou encore celles d'un coroner souhaitant réduire les risques d'infections nosocomiales[8], ou même la mise en place de la pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada portant sur les bilans comparatifs de médicaments (BCM), le pharmacien n'est toujours pas présent dans chaque salle d'urgence du Québec, pas plus qu'un pharmacien n'est affecté au contrôle des antibiotiques dans chacun des établissements de santé du Québec, ni que le BCM est réalisé partout où il devrait l'être.

En 2012, le MSSS signait avec l'A.P.E.S. une entente de travail qui instituait notamment la semaine de travail de 40 heures avec une mesure incitative pour les pharmaciens acceptant d'y adhérer. Une prime d'attraction et de rétention était également offerte à tous les pharmaciens du réseau de la santé. Ce faisant, la force vive de travail des pharmaciens d'établissements a crû de l'équivalent de 100 ETC ce qui a permis, tout comme le temps supplémentaire et le dépannage, de compenser artificiellement les pires effets de la pénurie.

6 A.P.E.S. Pénurie de pharmaciens en établissement de santé. [en ligne] http://www.apesquebec.org/page?a=84&lang=fr-CA.

7 MSSS. Guide gestion de l'urgence. Québec : Gouvernement du Québec, 2006. 250p. [en ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf.

8 Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Dépôt du rapport de Catherine Rudel-Tessier. Communiqué de presse, septembre 2007. [en ligne] http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/presse/communiques/detail/commasss20070925.fr.html;jsessionid=9D5D1015091355DA9D3D7EED82DB900A#.VFfJ2rl0zcs.

Par ailleurs, la formation de 2e cycle des pharmaciens d'établissements leur assure une certaine polyvalence leur permettant d'assumer les fonctions de distribution des médicaments (validation, préparation et vérification des ordonnances), de surveillance de la thérapie médicamenteuse ainsi que la garde pour des clientèles variées (oncologie, gériatrie, soins intensifs, etc.) durant les heures de fermeture de la pharmacie. Bien que certains pharmaciens détiennent des expertises très spécialisées et que les pharmaciens ne soient pas de manière générale interchangeables, il n'en demeure pas moins que pour les soins aigus, soit en courte durée, la formation de 2e cycle leur assure une polyvalence qui profite au réseau de la santé. Sans cette formation, il y a fort à parier que les services ne pourraient être assurés qu'au prix d'un bien plus grand nombre de pharmaciens.

Dans les prochains jours, l'A.P.E.S. publiera les résultats de son enquête de pénurie 2014 qui montre une baisse du taux de pénurie et du recours aux pharmaciens dépanneurs. Les mesures des dernières années, incitant les étudiants à faire le choix d'une carrière en pharmacie d'établissement, semblent donc commencer à porter fruits. Il est cependant impératif de poursuivre le travail de promotion de la pratique auprès des étudiants en pharmacie et d'offrir rapidement un plus grand nombre de bourses à ceux qui choisissent de se diriger vers le programme de Maîtrise en pharmacothérapie avancée. Le recours à une main-d'œuvre non spécialisée, particulièrement dans les soins de courte durée, ne saurait être une voie à retenir pour combler les postes vacants. Ce faisant, le réseau perdrait en polyvalence et se verrait dans l'obligation d'augmenter le nombre de postes budgétés, réduisant ainsi l'efficience des départements de pharmacie.

Proposition n° 10

L'A.P.E.S. recommande que le MSSS augmente, dès 2015, le nombre de bourses pour le programme de Maîtrise en pharmacothérapie avancée de 70 à 85, afin de poursuivre le redressement observé quant à la réduction du taux de pénurie et du nombre de jours de dépannage.

3.4. Le personnel technique

Depuis de nombreuses années, l'A.P.E.S. milite en faveur du rehaussement de la formation académique du personnel technique. Actuellement, les pharmaciens sont chargés de la formation et de la certification annuelle des assistants techniques pour que leur soient déléguées les tâches de vérification contenant-contenu ou

encore la préparation des médicaments stériles. Par ailleurs, de nombreuses tâches administratives sont encore réalisées par les pharmaciens (par exemple remplir les formulaires pour les médicaments d'exception, pour le Programme d'accès spécial, etc.).

Les heures consacrées à ces tâches techniques par les pharmaciens sont autant d'heures qui ne bénéficient pas aux patients. Le rehaussement de la formation du personnel technique permettrait de lui déléguer un plus grand nombre de tâches et par conséquent, d'accroître la performance des pharmaciens.

Ainsi, la révision de l'ensemble des pratiques au sein des départements de pharmacie, qui découlera de l'application du projet de loi n° 10, aura de meilleurs résultats si les pharmaciens d'établissements sont assistés par du personnel technique davantage qualifié et plus autonome. Dans ce contexte, le projet de loi n° 10 offre une occasion de compléter les travaux amorcés par l'Ordre des pharmaciens du Québec, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le MSSS.

Proposition n° 11

L'A.P.E.S. recommande que les travaux entamés devant mener à un rehaussement de la formation du personnel technique en pharmacie soient accélérés.

3.5. CMDP et qualité des actes professionnels

Le projet de loi n° 10 entraînera la fusion des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de plusieurs établissements. L'un des principaux mandats des CMDP est d'évaluer l'acte des professionnels sous sa gouverne. L'A.P.E.S. souhaite que les CMDP conservent cette fonction vitale qui garantit la qualité des services offerts.

La fusion des établissements pourrait cependant avoir pour effet de déresponsabiliser les professionnels à l'échelle locale étant donné l'éloignement du siège social. Il est essentiel que chaque centre, avec sa mission propre, poursuive le travail d'évaluation de l'acte qui, en pharmacie, est une activité plutôt récente. Des efforts devront être consentis par le CISSS, en collaboration avec le CMDP, pour appuyer les médecins, dentistes et pharmaciens localement et s'assurer que l'exercice d'évaluation de l'acte est toujours réalisé.

Proposition n° 12

L'A.P.E.S. recommande que les CISSS soutiennent les CMDP dans leur mission d'évaluation de l'acte et que des moyens soient définis pour assister les équipes localement et les encourager à effectuer cet important contrôle.

4. CIRCUIT DU MÉDICAMENT

4.1. Approvisionnement

Les pharmaciens d'établissements connaissent les vertus des regroupements d'achats qui ont permis, pendant des années, de faire économiser des sommes considérables à l'État québécois par la signature d'ententes avec l'industrie pharmaceutique au terme de processus d'appel d'offres. Par contre, dans les dernières années, ce système a démontré qu'il comportait des risques, soit celui d'augmenter les ruptures d'approvisionnement en médicaments en concentrant les achats sur un nombre restreint de fournisseurs.

Récemment, le Vérificateur général (VG) faisait état dans son rapport[9] de failles liées au processus d'achats regroupés de médicaments faits par les groupes d'approvisionnement représentant les établissements de santé du Québec. Dès la publication du rapport, des correctifs ont été apportés au processus par les trois groupes d'approvisionnement québécois. Les éléments identifiés par le VG ne doivent pas jeter d'ombre sur les gains que ces groupes d'achats ont permis de faire au fil du temps, ni sur le rôle central qu'y ont occupé, et que continuent toujours à y occuper, les pharmaciens d'établissements de santé.

Le projet de loi n° 10 fait mention du recours à l'approvisionnement en commun comme une mesure de réduction des coûts. L'A.P.E.S. soutient qu'en ce qui a trait aux médicaments, bien que le système soit perfectible, il est impératif de conserver au minimum trois groupes d'achats afin d'entretenir une certaine forme de concurrence dans le système et réduire les risques de ruptures d'approvisionnement en médicaments. Enfin, de par leur connaissance des particularités des médicaments et leur capacité à inclure dans les appels d'offres des critères garantissant la sécurité des médicaments achetés, il est essentiel que les pharmaciens continuent de participer de très près aux processus d'appel d'offres.

[9] Médicaments et services pharmaceutiques, printemps 2014. [en ligne] http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2014-2015-VOR-Printemps/fr_Rapport2014-2015-VOR-Chap06.pdf.

Proposition n° 13

L'A.P.E.S. recommande qu'au minimum trois groupes d'approvisionnement indépendants soient maintenus dans le processus d'achats pour les médicaments et que les pharmaciens d'établissements demeurent les maîtres-d'œuvre du processus d'appel d'offres.

4.2. Technologies de l'information

Erreurs de médicaments

Le dernier rapport semestriel des incidents et accidents publié par le MSSS démontre encore une fois que les erreurs de médicaments constituent l'une des principales causes d'accidents et d'incidents à survenir dans le réseau de la santé. Bien qu'une culture de la qualité soit de plus en plus présente dans les établissements de santé et que des actions soient prises sur la base des incidents et accidents déclarés, des améliorations notables peuvent encore être apportées. L'automatisation du circuit du médicament, allant même jusqu'à l'introduction des codes à barres au chevet des patients, constitue une avenue pour diminuer les erreurs médicamenteuses.

En outre, le Groupe Vigilance vient de publier un rapport[10] qui met l'accent sur le déploiement du bilan comparatif des médicaments (BCM), qui est déjà une pratique organisationnelle requise[11] par Agrément Canada. Le BCM est un outil éprouvé pour réduire les erreurs de médicaments, particulièrement lors de l'admission, du transfert ou du congé des patients. Cette pratique requiert cependant un investissement de temps considérable, tant de la part du personnel technique que des pharmaciens, pour être réalisée. Les technologies actuellement disponibles ne soutiennent pas suffisamment les pharmaciens dans la réalisation de cette tâche. Il est urgent que les pharmaciens aient accès à des données fiables du Dossier Santé Québec (DSQ) pour faciliter la collecte d'informations. De même, les systèmes de pharmacie doivent être équipés d'un module facilitant la réalisation des BCM, sans quoi des ressources humaines importantes devront être consenties pour y parvenir.

---

[10] MSSS. Améliorer la prévention des chutes et incidents et accidents liés à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : incidents et accidents liés à la médication. Québec : Gouvernement du Québec, 2014. 78 p. [en ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-735-03W.pdf.

[11] Agrément Canada. Livret sur les Pratiques organisationnelles requises, 2014. Ottawa : Agrément Canada, 2014. 74 p. [en ligne] http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr_0.pdf.

Proposition n° 14

L'A.P.E.S. recommande que les technologies (DSQ, module informatisé pour le BCM, codes à barres) soient mises à profit afin de réduire le nombre d'erreurs liées aux médicaments. Ces technologies doivent soutenir le travail des professionnels de la santé et des pharmaciens d'établissements dans leur mission d'offrir des soins sécuritaires à leurs patients.

Systèmes de pharmacie

Les systèmes de pharmacie varient considérablement d'un établissement à l'autre. Bien que certaines régions aient commencé à travailler ensemble pour arrimer leurs systèmes, beaucoup de travail reste à faire pour que des systèmes performants et compatibles soutiennent les départements de pharmacie. La création des CISSS offre l'occasion d'établir un plan d'action clair à l'égard des systèmes d'information en pharmacie. Des systèmes performants permettraient de fournir des données utiles aux gestionnaires permettant d'établir et de suivre des indicateurs de performance pour les départements de pharmacie.

Proposition n° 15

L'A.P.E.S. recommande que soit intensifié le travail d'automatisation du circuit du médicament et qu'un plan d'action soit clairement défini pour mettre en place des systèmes d'information performants dans les départements de pharmacie.

4.3. Sécurité du circuit

En établissement de santé, le rôle central du pharmacien est d'assurer un circuit du médicament sécuritaire. Or, ce circuit est complexe et comporte 54 étapes[12], de l'inscription du médicament au formulaire de l'établissement jusqu'à son administration au patient par l'infirmière.

Au cours des dernières années, trois des cinq phases du projet SARDM (**S**ystèmes **a**utomatisés et **r**obotisés de **d**istribution des **m**édicaments) prévues au départ ont été déployées. Ce projet d'envergure, en modifiant fondamentalement la façon de servir les médicaments en établissement de santé, a augmenté la sécurité du circuit

[12] MSSS. Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec. Québec : Gouvernement du Québec, 2005. 114 p. [en ligne] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-719-01.pdf.

du médicament tout en réduisant considérablement le temps infirmier consacré à la préparation des médicaments.

La fusion des établissements proposée dans le projet de loi n° 10 ne doit cependant pas remettre en question l'évolution de ce projet. Il faut éviter que les bouleversements administratifs liés à la fusion ne freinent le développement ou ne paralysent les activités en cours. Le projet SARDM fait l'unanimité et contribue à l'efficience de la distribution des médicaments dans les établissements de santé. Les phases 4 et 5 doivent être mises en place et achevées dans les plus brefs délais puisqu'elles permettront d'atteindre l'efficience recherchée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, tout en assurant une prestation de soins et services pharmaceutiques sécuritaires.

Proposition n° 16

L'A.P.E.S. recommande que les phases 4 et 5 du projet SARDM soient déployées rapidement malgré la mise en place des nouveaux établissements issus du projet de loi n° 10, en vue d'assurer la sécurité du circuit du médicament partout sur le territoire québécois.

5. CONCLUSION

Les pharmaciens d'établissements ont l'habitude du changement et de la nouveauté, sans doute à cause de la sphère d'activités dans laquelle ils évoluent, la pharmacothérapie avancée. Le rôle d'analyse fondé sur des données probantes, fait du pharmacien d'établissement un professionnel rigoureux à la recherche du meilleur traitement pour son patient, et ce, au meilleur coût.

L'A.P.E.S. avait déjà amorcé une réflexion dans le cadre des travaux de la Commission permanente de révision des programmes qui l'a menée à faire plusieurs propositions de regroupements d'activités en vue de réduire, et même d'éliminer, les duplications usuelles dans les départements de pharmacie. Qu'il s'agisse de revues d'utilisation de médicaments, d'analyses de médicaments pour ajout au formulaire, de gestion des ruptures de médicaments, de rédaction de politiques et procédures, d'élaboration d'ordonnances collectives, de certification d'assistants technique en pharmacie ou de mise en place de nouvelles normes, le travail est répété au Québec dans chaque établissement, pour chacun de ces éléments. Il est donc temps de regrouper ces activités et d'utiliser les ressources de manière plus efficiente.

Le projet de loi n° 10 propose des transformations profondes du réseau de la santé qui génèrent des préoccupations chez les pharmaciens d'établissements. L'A.P.E.S. a souhaité les porter à l'attention des parlementaires et du ministre de la Santé et des Services sociaux. Qu'il s'agisse de l'expertise des pharmaciens d'établissements, de leur formation académique, de la structure de gestion des départements de pharmacie ou encore des technologies qui doivent absolument soutenir efficacement les pharmaciens, voilà un ensemble de considérants incontournables pour réaliser avec succès cette réforme.

La pharmacie d'établissement a subi depuis 15 ans les contrecoups de la pire pénurie d'effectifs de tout le réseau de la santé. La réforme annoncée ne doit pas compromettre le retour à l'équilibre pressenti des effectifs en pharmacie d'établissement, ni le renversement de tendance perceptible par un engouement croissant des étudiants en pharmacie pour la pharmacie hospitalière. Les mesures proposées dans notre mémoire visent également à ne pas fragiliser la main-d'œuvre en poste.

Les pharmaciens d'établissements sont au cœur de la pharmacothérapie, qui constitue l'outil technologique principal pour une large gamme de pathologies. Sans égard aux changements annoncés, ils continueront de jouer le rôle qui leur revient, avec cœur et énergie au service des patients. Toutefois, ils le feront encore mieux si leurs préoccupations sont prises en compte.

ANNEXE 1 – Liste des propositions

Proposition n° 1

L'A.P.E.S. recommande d'inclure dans le libellé du projet de loi n° 10 une mention de son état transitoire, ce qui permettrait, non seulement de rassurer les parties concernées sur le caractère temporaire de la centralisation des pouvoirs, mais également de situer le processus législatif dans un cadre plus large devant mener notamment, à la refonte de la LSSSS.

Proposition n° 2

L'A.P.E.S. recommande que soit maintenu le siège réservé à un pharmacien, membre du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), au sein du conseil d'administration des CISSS.

Proposition n° 3

L'A.P.E.S. recommande que les chefs de départements cliniques, et plus particulièrement les chefs des départements de pharmacie, puissent conserver l'autonomie professionnelle requise pour rencontrer les objectifs qui leur seront fixés.

Proposition n° 4

L'A.P.E.S. recommande que le modèle de gestion du chef du département de pharmacie puisse être utilisé pour développer une meilleure gouvernance clinique à l'égard des autres chefs de départements cliniques.

Proposition n° 5

L'A.P.E.S. soutient qu'il serait préférable de conserver l'indépendance des établissements universitaires que sont le CHU de Québec et le CHUS.

Proposition n° 6

L'A.P.E.S. recommande qu'il soit clairement établi que le département de pharmacie offre des services transversaux à l'ensemble des programmes-services de l'établissement et que le centre de coûts de ses activités demeure une entité distincte.

Proposition n° 7

L'A.P.E.S. recommande que les chefs de département de pharmacie des nouveaux CISSS puissent, sous l'autorité du DSP, mettre en place une équipe de pharmaciens gestionnaires pour les appuyer dans la réalisation des fusions et l'exercice de leur mandat, en vertu de la LSSSS.

Proposition n° 8

L'A.P.E.S. souhaite que le MSSS donne son aval le plus tôt possible au projet de règlement de l'Ordre des pharmaciens du Québec portant sur la reconnaissance d'une première spécialité en pharmacie. De plus, l'A.P.E.S. souhaite également que soient instituées, le plus rapidement possible, des résidences agréées par les deux facultés de pharmacie dans des secteurs de pointe où déjà des pharmaciens exercent la pharmacie.

Proposition n° 9

L'A.P.E.S. recommande que les établissements fusionnés tiennent compte des expertises propres aux pharmaciens d'établissements et évitent de les considérer comme interchangeables.

Proposition n° 10

L'A.P.E.S. recommande que le MSSS augmente dès 2015 le nombre de bourses pour le programme de Maîtrise en pharmacothérapie avancée de 70 à 85, afin de poursuivre le redressement observé quant à la réduction du taux de pénurie et du nombre de jours de dépannage.

Proposition n° 11

L'A.P.E.S. recommande que les travaux entamés devant mener à un rehaussement de la formation du personnel technique en pharmacie soient accélérés.

Proposition n° 12

L'A.P.E.S. recommande que les CISSS soutiennent les CMDP dans leur mission d'évaluation de l'acte et que des moyens soient définis pour assister les équipes localement et les encourager à effectuer cet important contrôle.

Proposition n° 13

L'A.P.E.S. recommande qu'au minimum trois groupes indépendants soient maintenus dans le processus d'achats pour les médicaments et que les pharmaciens d'établissements demeurent les maîtres-d'œuvre du processus d'appel d'offres.

Proposition n° 14

L'A.P.E.S. recommande que les technologies (DSQ, module informatisé pour le BCM, codes à barres) soient mises à profit afin de réduire le nombre d'erreurs liées aux médicaments. Ces technologies doivent soutenir le travail des professionnels de la santé et des pharmaciens d'établissements dans leur mission d'offrir des soins sécuritaires à leurs patients.

Proposition n° 15

L'A.P.E.S. recommande que soit intensifié le travail d'automatisation du circuit du médicament et qu'un plan d'action soit clairement défini pour mettre en place des systèmes d'information performants dans les départements de pharmacie.

Proposition n° 16

L'A.P.E.S. recommande que les phases 4 et 5 du projet SARDM soient déployées rapidement malgré la mise en place des nouveaux établissements issus du projet de loi n° 10, en vue d'assurer la sécurité du circuit du médicament partout sur le territoire québécois.