



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le jeudi 3 octobre 2019 — Vol. 45 N° 31

Consultations particulières sur le projet de loi n° 31 — Loi
modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de
favoriser l'accès à certains services (2)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. François Paradis**

2019

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission de la santé et des services sociaux

Le jeudi 3 octobre 2019 — Vol. 45 N° 31

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec (APPSQ)	1
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)	10
Collège des médecins du Québec (CMQ)	17
Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ)	24

Intervenants

M. Luc Provençal, président

Mme Danielle McCann

Mme Marilyne Picard

M. André Fortin

M. Sol Zanetti

M. Sylvain Gaudreault

M. Enrico Ciccone

M. Mathieu Lévesque

M. Louis-Charles Thouin

M. François Tremblay

- * Mme Karina Savoie, APPSQ
- * Mme Stéphanie Roussin, idem
- * M. François Paradis, APES
- * Mme Linda Vaillant, idem
- * M. Mauril Gaudreault, CMQ
- * Mme Linda Bélanger, idem
- * M. Richard Rouleau, idem
- * M. Hugues Mousseau, ABCPQ
- * M. Denis M. Roy, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 3 octobre 2019 — Vol. 45 N° 31

Consultations particulières sur le projet de loi n° 31 — Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (2)

(Onze heures trente-cinq minutes)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je vous souhaite la bienvenue, et je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et 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.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine) est remplacé par M. Gaudreault (Jonquière).

Auditions (suite)

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Ce matin, nous entendrons les groupes suivants : l'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec et l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.

Comme la séance a commencé à 11 h 35, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, c'est-à-dire jusqu'à 13 h 05? Consentement. Merci beaucoup.

M. Zanetti : Au-delà de 13 heures, vous dites?

Le Président (M. Provençal) : 13 h 05, un cinq minutes additionnel, compte tenu que les groupes sont là.

M. Zanetti : Ah! O.K., cinq minutes. Oui, c'est bon. J'avais compris plus, désolé.

Le Président (M. Provençal) : Donc, j'ai votre consentement?

M. Zanetti : Oui.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, M. le député de Jean-Lesage.

Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé.

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Pharmaciens salariés, excusez. Merci beaucoup de m'avoir... j'ai passé une feuille. À vous la parole.

**Association professionnelle des pharmaciens
salariés du Québec (APPSQ)**

Mme Savoie (Karina) : D'accord. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Mme la ministre, Mmes et MM. les députés, je me présente, Karina Savoie, pharmacienne et présidente de l'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec, l'APPSQ. Je suis accompagnée aujourd'hui par Mme Stéphanie Roussin, pharmacienne et trésorière de l'association. Nous tenons à remercier, aujourd'hui, la Commission de la santé et des services sociaux pour leur invitation.

L'APPSQ est un collectif de pharmaciens qui travaille avec cœur à soutenir ses membres et à favoriser l'avancement de la profession. Notre association représente des pharmaciens qui travaillent en pharmacie communautaire, en GMF ou de tout autre milieu mais qui ne sont pas propriétaires. Au 31 mars 2018, la province de Québec comptait près de 9 500 pharmaciens. Plus de la moitié sont des pharmaciens salariés qui pratiquent en milieu communautaire. Ainsi, les pharmaciens représentés par l'APPSQ sont majoritaires dans la profession et sont aussi au centre de l'action.

Dans le cadre de la loi n° 90, le législateur a confié une responsabilité importante au pharmacien, celle de la surveillance de la pharmacothérapie. Cependant, on s'est rapidement rendu compte qu'on a oublié de lui fournir certains outils pour agir. On a fait un premier pas dans la bonne direction, le projet de loi n° 41, en 2015. Les pharmaciens ont démontré qu'ils étaient prêts pour le changement, prêts à appliquer les notions qu'on leur avait enseignées à l'université. En effet, plus de 92 % des pharmaciens ont suivi la formation réglementaire, et près de 800 000 actes ont été effectués durant la dernière année. Maintenant, avec le projet de loi n° 31, on va encore plus loin.

Mme Roussin (Stéphanie) : D'entrée de jeu, l'APPSQ tient à exprimer son enthousiasme face à ces nouvelles activités. Elles permettront au pharmacien d'exercer pleinement son champ d'expertise, au grand bénéfice des patients. Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'une avancée importante pour la collaboration professionnelle et, ultimement, pour l'efficience du système de santé québécois.

L'APPSQ appuie la démarche de la ministre quant à l'accessibilité élargie à la vaccination dans une optique de santé publique. De par sa proximité et ses heures d'ouverture étendues, les pharmacies communautaires sont des lieux de choix pour la vaccination. L'enquête québécoise sur des déterminants de la vaccination, en 2016, a révélé que seulement 24 % des malades chroniques de 18 à 65 ans se sont fait vacciner contre l'influenza en 2015-2016. Ce taux vaccinal est nettement inférieur à la cible de 80 %. L'APPSQ est convaincue que le pharmacien est donc un allié pour rejoindre cette clientèle à risque, que ce soit pour le vaccin contre la grippe ou la pneumonie. Il s'agit là d'un rattrapage face aux pharmaciens du reste du pays et même d'Amérique du Nord. Pour l'APPSQ, cet acte s'effectue en toute complémentarité des autres professionnels offrant déjà le service. C'est avec les efforts concertés que nous atteindrons les objectifs fixés.

Le projet de loi vient aussi corriger et assouplir la législation actuelle quant à la possibilité de prolonger et d'ajuster une ordonnance, peu importe le prescripteur, qu'il pratique ou non au Québec. L'élimination de cet irritant fera une réelle différence au quotidien. Actuellement, les pharmaciens doivent rediriger leurs patients vers leur GMF ou leur clinique externe pour prolonger des ordonnances faites par une IPS. L'APPSQ est donc ravie de l'ajout de cette disposition.

• (11 h 40) •

Par ailleurs, l'APPSQ applaudit l'ajout de la mention «évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments». Cet ajout actualise la Loi sur la pharmacie de façon à refléter les standards de pratique actuels et la démarche de soins pharmaceutiques. Ceux-ci demandent aux pharmaciens de procéder à une collecte de renseignements relatifs à l'ordonnance et à la situation, incluant les analyses de laboratoire et les mesures cliniques en lien avec les problèmes de santé du patient. En tout temps le pharmacien considère les besoins, les préférences et les capacités du patient, les données recueillies et le dossier patient. Il ne faut pas se leurrer, la surveillance de la pharmacothérapie d'un patient ne se fait pas derrière un ordinateur, et je peux ajouter que nous avons la formation pour le faire.

À ce titre, l'élargissement du droit de prescrire et d'interpréter toute analyse de laboratoire ou autre test va dans le même sens. Il était difficile de comprendre la raison pour laquelle le pharmacien avait le droit de demander une hémoglobine glyquée pour un patient diabétique mais était dans l'impossibilité de suivre le taux de fer ou de ferritine de ce même patient pour son anémie. Avec la loi n° 41, les pharmaciens se sont montrés prudents et ont évité les duplications de tests. Aucun professionnel ne souhaite que son patient effectue inutilement un examen, avec toutes les contraintes que cela comporte.

Soulignons également la volonté du gouvernement de rendre possible l'ajustement de la pharmacothérapie via des mécanismes comme la demande de consultation et la pratique collaborative. Elles permettront aux pharmaciens d'être plus efficaces et autonomes dans un contexte où la collaboration est étroite, comme par exemple en GMF. Cette disposition sera utile notamment pour des exercices de révision de médicaments et de déprescription.

L'APPSQ est favorable à la prescription de médicaments de vente libre et à l'élargissement des conditions mineures pour lesquelles il peut prescrire un traitement. Rappelons que, dans plusieurs provinces canadiennes, les pharmaciens sont autorisés depuis déjà plusieurs années à délivrer ce type d'ordonnance. La prescription par le pharmacien permettra l'accès économique dans certaines situations, lorsque ceux-ci sont couverts par la RAMQ, par exemple pour le traitement des vers intestinaux chez une famille nombreuse. De plus, les patients pourront recevoir leur traitement tant en milieu de garde qu'en soins de longue durée. Par ailleurs, pour l'APPSQ, la prescription de médicaments de vente libre s'inscrit également dans une démarche collaborative. Par exemple, les prescriptions des pharmaciens pourront figurer au DSQ et aider les médecins à choisir un second traitement en cas d'échec ou aider à circonscrire leurs diagnostics.

L'APPSQ applaudit l'élargissement du droit du pharmacien de substituer un médicament par un autre sans se limiter à la même sous-classe thérapeutique. Toutefois, l'APPSQ croit que le libellé devrait mieux refléter la réalité du terrain lors d'une rupture de stock. En situation de rupture d'inventaire, il arrive fréquemment que l'accès au médicament diffère d'un endroit à un autre. Ainsi, pour permettre plus de flexibilité, nous suggérons de retirer la mention «complète» du libellé et de remplacer celui-ci par «l'impossibilité de se procurer le médicament chez deux grossistes reconnus». De plus, l'APPSQ demande à ce que le pharmacien puisse substituer un médicament par un autre dès l'annonce du retrait d'un médicament du marché canadien. De cette façon, le pharmacien pourra mieux gérer ses inventaires et assurer la continuité du traitement chez les patients les plus vulnérables.

Mme Savoie (Karina) : Toujours concernant la substitution de médicaments, l'APPSQ demande d'ajouter un troisième motif de substitution. Elle désire que les pharmaciens puissent substituer un médicament pour des raisons de sécurité lorsque le délai dans l'instauration peut porter préjudice à la santé du patient. En d'autres mots, par cet ajout, l'APPSQ veut garantir l'accessibilité à un traitement sécuritaire pour le patient lorsque le prescripteur est injoignable et qu'il y a un risque pour sa santé de retarder indûment le traitement. Par exemple, lors d'un refus pour motif d'allergie à un antibiotique, le pharmacien doit référer son patient pour une deuxième consultation s'il n'est pas en mesure de rejoindre le prescripteur. Cette situation est fréquente en pharmacie et entraîne des consultations inutiles. Dans la dernière année, les pharmaciens québécois sont intervenus chez près de 19 000 patients pour des motifs d'allergie antérieure ou pour un motif d'interaction médicamenteuse cliniquement significative. Le refus devient donc une situation fâcheuse pour le patient, d'autant plus que le pharmacien connaît la solution optimale.

En résumé, l'APPSQ suggère que le pharmacien puisse substituer un médicament prescrit par un autre dans les trois circonstances suivantes : un, en cas de rupture d'approvisionnement chez au moins deux grossistes reconnus à la RAMQ ou à l'annonce du retrait du médicament du marché; deux, en cas de problème relatif à son administration; et, trois, pour des raisons de sécurité lorsque le délai dans l'instauration peut porter préjudice à la santé du patient.

Bien que l'APPSQ accueille favorablement toutes ces modifications, elle demeure inquiète que ces avancées n'aient pas l'effet escompté si la question de l'accès économique n'est pas abordée. Les freins et les barrières doivent être retirés afin que les services pharmaceutiques soient réellement accessibles pour la population et que l'État québécois en retire le maximum de bénéfices. Par le passé, le gouvernement a choisi de rémunérer les actes des pharmaciens via l'assurance médicaments et de leur demander une contribution. Ainsi, que les patients refusent de payer par manque de ressources financières ou par conviction, il n'en demeure pas moins que ce mécanisme administratif freine l'exécution de ces actes. Pour le patient, il existe toujours une option sans frais : attendre, reconsulter ou envoyer un fax. Aux yeux de l'APPSQ, c'est une perte de temps, une duplication du travail et une mauvaise utilisation des ressources limitées.

De plus, lors de la révision du mode de rémunération du pharmacien, il sera important de réfléchir à la compensation adéquate des actes professionnels pharmaceutiques en fonction de leur intensité et de leur complexité. Nous réitérons des messages qui ont déjà été mentionnés : Voulons-nous que la pharmacie la plus performante au Québec soit celle qui émet le plus d'ordonnances ou celle qui offre les meilleurs services pharmaceutiques? Le mode de rémunération est un levier de bonnes pratiques mais aussi un levier pour assurer l'accès à des services de qualité et sécuritaires pour les patients. Bien que les décisions financières du pharmacien propriétaire n'aient que peu d'impact sur l'indépendance professionnelle du pharmacien salarié, elles ont un impact important dans l'organisation du laboratoire. Robotisation, délégation, formation des assistants techniques, réorganisation, toutes ces stratégies déjà entamées sont mises de l'avant afin de livrer les nobles responsabilités confiées au pharmacien.

Sur cette lancée, l'APPSQ tient également à remercier les différents intervenants pour leurs efforts concertés dans les derniers mois pour permettre la formation collégiale des techniciens en pharmacie. Soyons clairs, les pharmaciens salariés veulent en faire plus pour les patients, mais ils auront besoin des ressources adéquates pour y arriver. En ce sens, l'APPSQ propose deux choses : pour les activités cognitives des pharmaciens, qu'aucune contribution du patient ne soit demandée et que la rémunération des nouveaux services soit suffisante afin de soutenir leur implantation et de garantir leur exécution.

En conclusion, l'APPSQ réitère sa fierté face aux avancées pour les patients et la profession de pharmacien décrites dans le projet de loi n° 31. Par ailleurs, le bien-être des pharmaciens étant au cœur de la mission de l'APPSQ, nous ne saurions rappeler à quel point l'autonomie est un déterminant du bien-être au travail. Toutes ces avancées permettront l'accès à des services pharmaceutiques à la population dans près de 2 000 points de service, et ce, sept jours sur sept. Quand le besoin se présentera pour le patient, la situation se traduira par l'utilisation du bon professionnel au bon moment.

Le Président (M. Provençal) : Merci, madame, pour votre... pour votre exposé, excusez-moi. Nous allons maintenant commencer la période d'échange. Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, Mme Savoie et Mme Roussin. Merci pour votre présentation. C'est intéressant de vous entendre, parce qu'on a entendu hier l'Association des pharmaciens propriétaires, mais vous êtes... vous représentez aussi 4 000, vous avez dit, 4 000 membres pharmaciens salariés qui travaillent dans les équipes des pharmacies, alors vous êtes un nombre considérable et très représentatif aussi.

Moi, j'aimerais aller un petit peu plus loin. On a discuté, hier, beaucoup de la collaboration entre médecins et pharmaciens, et j'aimerais ça vous entendre là-dessus aussi. Vous avez parlé d'autonomie, tout à fait, mais aussi d'interdisciplinarité. On sait à quel point, dans notre réseau, c'est important, l'interdisciplinarité. J'aimerais vous entendre. Comment ça se passe, actuellement, avec cette collaboration pharmaciens-médecins, mais aussi comment vous voyez que ça pourrait même aller plus loin avec le projet de loi n° 31?

Mme Savoie (Karina) : Bien, je pense que, définitivement, la collaboration entre les médecins et les pharmaciens, elle est bonne. On a les mêmes objectifs, ceux des patients, ceux des lignes directrices au niveau de la santé clinique des patients. Quand on fait un ajustement de dose, c'est certain que toutes les informations vont se retrouver au DSQ, donc, à ce moment-là, le prescripteur a toujours l'option de voir que ça a été ajusté.

Il faut aussi savoir qu'avec nos guides de pratique on nous demande de communiquer avec les médecins toute intervention qu'on a faite. Justement, dans des cas de santé chronique, ça va être important de savoir qu'est-ce qu'on a prescrit aux patients et qu'est-ce qu'on a modifié dans leur traitement. Donc, à ce titre-là, je pense que la collaboration peut être bonne. Et ce qui arrive, c'est que les patients nécessitent des changements de traitement entre deux visites médicales, et c'est là, je crois, que le pharmacien est un atout, réellement, et que... On veut le faire en toute collégialité avec nos collègues. On collabore avec les médecins de façon fréquente. On a un mécanisme de communication qui est la prescription. Alors, le médecin fait une prescription pour le pharmacien, je ne verrais pas pourquoi les pharmaciens, on ne pourrait pas faire de même pour communiquer comment on fait nos actes professionnels.

Mme McCann : Oui. Est-ce que vous trouvez que... Quand vous dites : On doit rejoindre le médecin quand on fait un changement, là, ou une intervention, je devrais dire, est-ce que ça fonctionne assez bien en termes de rejoindre le médecin ou que le médecin vous rejoigne aussi? Ça va des deux côtés.

• (11 h 50) •

Mme Savoie (Karina) : Exactement. Je crois que ça s'effectue bien, dans un contexte où ce n'est pas dans l'immédiat, on est capable de communiquer efficacement pour aviser l'autre professionnel qu'on a effectué un changement de thérapie. Mais, quand on a besoin de le faire dans l'immédiat... Quand on parlait du cas d'antibiotiques, quand on parle d'un cas d'antibiotiques qui a une interaction, parce qu'il faut rappeler que le pharmacien, c'est l'expert de l'évaluation de la pharmacothérapie, quand il y a une interaction importante avec un médicament et qu'on est dans la chaîne de travail, on a un antibiotique, on a un patient à traiter pour une pneumonie, là, c'est important, et qu'on essaie d'appeler, et que le

médecin, malheureusement, a déjà quitté la clinique — puis certains médecins pratiquent à plusieurs endroits, donc ils ne reviendront pas à la clinique, peut-être, deux ou trois jours — ce n'est pas un délai acceptable pour le patient, d'attendre de le traiter aussi longtemps. Donc, c'est pour ça que nous, on demande, quand ça doit être immédiat... comme parfois la communication est difficile, on a chacun de notre côté un lot de patients à gérer, on demande d'avoir un peu plus d'autonomie à ce niveau-là.

Mme McCann : Et vous avez mentionné le DSQ. Donc, vous pouvez mettre de l'information dans le DSQ, mais, d'après ma compréhension de ce que vous avez dit, il semblerait qu'il y a des éléments que vous devez transmettre de vive voix, là, au médecin, vous devez discuter avec le médecin. Est-ce que j'ai bien compris?

Mme Savoie (Karina) : Oui, bien, par exemple, comme dans le cas, en fait, d'un IPP pour une dyspepsie ou un reflux oesophagien, en fait, on peut prescrire l'IPP, en fait, pour le patient. Donc, le patient... En fait, premièrement, ça va nous permettre d'assurer un suivi au niveau de l'efficacité du traitement. Dans le cas où le traitement ne fonctionne pas après le 14 jours, bien là, on va avoir un mécanisme, en fait, de suivi, puis pour référer au médecin, à ce moment-là. Et, par la prescription, en fait, le médecin va être capable de savoir, au DSQ, quel traitement a déjà été essayé pour le patient. Donc, on passe à la prochaine étape maintenant.

Mme McCann : D'accord. Et je voudrais vous demander... Parce que vous représentez aussi des pharmaciens, je pense, qui travaillent en établissement aussi? Non, pas du tout? Juste au niveau des...

Mme Savoie (Karina) : Non. En GMF, par contre, on a plusieurs de nos membres.

Mme McCann : En GMF, vous les représentez. On va entendre, d'ailleurs, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec par la suite. Mais je voudrais vous demander... Parce qu'on entendait hier certains groupes nous dire, là, en établissement, médecins, pharmaciens, évidemment il y a la proximité. Il y a la proximité, mais parfois pas toujours, parce que nos établissements sont très grands, alors il peut y avoir des distances là aussi. Vous, qu'est-ce que vous suggérez pour un pharmacien salarié au sein des pharmacies communautaires pour améliorer, justement, cette communication, cette collaboration avec les médecins de famille et les autres?

Mme Savoie (Karina) : Je pense que le DSQ est un outil qu'on devrait utiliser et on devrait le bonifier. Sans que ce soit un dossier commun, que ça soit une plateforme sécurisée où est-ce qu'on puisse communiquer avec le médecin.

Moi, il y a de nombreux irritants que j'ai vécus, là, avec certains collègues médecins qui me disaient : Oui, tu peux ajuster l'ordonnance de mon patient, mais je préfère que ça soit quelqu'un d'autre dans ma clinique qui le fasse parce que c'est déjà porté à mon dossier patient. Ça fait que d'avoir plusieurs plateformes, d'avoir des fax à gérer, d'avoir des fax à devoir entrer dans un logiciel DME, ça devient complexe. Alors, si on avait vraiment un outil qui permettrait d'avoir les diagnostics des patients... au niveau du pharmacien, c'est quelque chose qui est essentiel à sa bonne évaluation du patient. Et qu'on puisse avoir un mécanisme de communication via le DSQ, on pense que ça viendrait régler plusieurs irritants et plusieurs problématiques, là, à ce niveau-là.

Mme McCann : Donc, vous, vous dites, dans le fond, si je vous comprends bien, que, le DSQ, là, on pourrait l'enrichir, là, hein, mais vous voudriez utiliser cette plateforme, qui est accessible, évidemment, à tous les professionnels, là, qui sont identifiés, là... pourraient avoir accès au DSQ. Donc, pour vous, c'est une plateforme qui est intéressante, que vous voudriez enrichir.

Mme Savoie (Karina) : Tout à fait. On la consulte régulièrement, à l'heure actuelle, pour voir s'il n'y a pas des médicaments autres qui auraient été servis dans d'autres pharmacies ou pour les résultats de laboratoire. C'est le principal outil qu'on utilise, le DSQ.

Mme McCann : Je voulais vous demander, sur un autre sujet, les... On parle, pour le pharmacien, de faire l'évaluation physique et mentale du patient dans le but, là, de faire les ajustements médicamenteux versus un diagnostic que pose le médecin de famille. Par exemple, plus nous expliquer concrètement... Un patient, il a un diagnostic, il a été voir son médecin de famille, vous êtes impliqués par rapport à toute la thérapie médicamenteuse. Vous faites une évaluation physique et mentale — vous pouvez donner un exemple concret, si vous voulez — comment ça s'imbrique, ça, avec le diagnostic du patient?

Mme Roussin (Stéphanie) : Oui, bien, effectivement, on peut parler... Par exemple, si, un patient, on fait une évaluation pour prolonger sa médication dans l'attente de son rendez-vous, un patient qui serait diabétique, par exemple, donc, en fait, moi, je vais rencontrer le patient pour m'assurer de son adhésion au traitement, poser des questions également, s'il ressent des effets indésirables par rapport à sa thérapie, mais je peux également aussi prendre une glycémie, prendre une mesure de tension artérielle si le patient est hypertendu, puis en fait je vais consulter, également, aussi le DSQ pour voir les analyses de laboratoire. Donc, tout ça s'inscrit dans une démarche, en fait, qui est globale. On considère le patient dans sa globalité, mais relativement à notre champ d'expérience, qui est les médicaments, mais on ne pourra pas faire l'évaluation du patient qu'en regardant simplement son dossier, un dossier informatique avec une liste de médicaments.

Mme Savoie (Karina) : Si je peux donner un exemple également pour l'évaluation de la santé mentale du patient, lorsqu'on fait une surveillance d'un sevrage d'un médicament comme une benzodiazépine, qui est utilisée pour l'insomnie et

l'anxiété, lorsqu'on fait la surveillance de ce sevrage-là, on doit être en mesure de questionner le patient pour savoir est-ce qu'il est en train de décompenser de son anxiété et savoir à quelle vitesse on veut aller au niveau du sevrage. Donc, c'est vraiment ces outils-là qui nous permettent de savoir comment va notre patient, parce qu'en regardant le simple dossier je ne peux pas savoir qu'est-ce qu'il ressent, le patient qui est devant moi, là.

Mme McCann : Donc, j'en comprends, vous avez un diagnostic qui a été posé par le médecin de famille, l'évaluation que vous faites, c'est vraiment dans un cadre... c'est dans le cadre du diagnostic, évidemment, vous faites une évaluation toujours en lien avec l'ajustement des médicaments. Est-ce que ma compréhension est bonne?

Mme Roussin (Stéphanie) : Pour assurer l'efficacité du médicament, la tolérance également, l'adhésion. Donc, c'est tous des champs qui sont relatifs, là, à l'évaluation de la pharmacothérapie.

Mme Savoie (Karina) : Et puis, quand on pose nos questions, l'idée, aussi, c'est de valider si on a des drapeaux rouges, que l'on appelle. Ces drapeaux rouges là, pour le pharmacien, ça indique : Je dois référer absolument mon patient vers un autre professionnel, en l'occurrence le médecin ou l'IPS, pour avoir une évaluation plus poussée, parce qu'on le sait, qu'on n'est pas capable de faire le diagnostic, mais on a des drapeaux rouges qui nous disent : Ce patient-là, le bon professionnel, ça va être le médecin, pour le rencontrer.

Mme McCann : D'accord. Alors, c'est vraiment mutuel, hein, ces références-là qui sont faites entre médecin de famille et pharmacien.

J'aurais une question assez large, là, mais importante. De votre point de vue, là, le projet de loi n° 31, l'impact que ça aurait sur l'offre de services en première ligne, hein... Par exemple, les gens qu'on qualifie, au niveau de leur problématique... les conditions mineures qui vont, par exemple, en P4, P5, à l'urgence ambulatoire ou même qui vont au cabinet de médecin mais qui pourraient avoir l'offre de services en pharmacie, comment vous voyez, là, l'impact qu'il pourrait y avoir sur l'accès pour les citoyens pour des conditions mineures, évidemment?

Mme Savoie (Karina) : C'est certain que je ne peux pas vous quantifier l'impact aujourd'hui. Par contre, il faut savoir que, dans plusieurs autres provinces canadiennes, le principe de conditions mineures est beaucoup plus élargi, en ayant d'autres conditions mineures. Quand on parle de, bon, céphalées n'ayant pas de facteur de risque, quand on parle de traitement de mycose de la peau, quand on parle de traitement d'oxyure, ce sont tous des traitements pour lesquels il existe des médicaments d'autosoins et pour lesquels on peut recommander aux patients un usage. En pouvant les prescrire puis que ce soit clair que le pharmacien peut les aider pour ces conditions-là, le gouvernement serait en mesure d'envoyer un message à ces patients-là et de leur dire : Allez consulter le pharmacien pour être en mesure de désengorger les urgences. J'ai l'impression que l'impact serait quand même considérable.

Mme McCann : Je comprends ce que vous dites, mais, le début, là, vous dites : C'est plus large ailleurs qu'au Québec, la définition des conditions mineures. Est-ce que je vous ai bien compris?

Mme Savoie (Karina) : Bien, avec la loi n° 41, on a inclus certaines conditions mineures mais de façon très, très restrictive. Quand on regarde ailleurs dans le Canada, par exemple la Saskatchewan, ils ont fait... l'Université de Saskatchewan a fait des lignes directrices pour des consultations de conditions mineures qui incluent, comme je vous disais, tous ceux que j'ai inclus, mais aussi la dyspepsie, la constipation, un maximum de conditions mineures. Il faut savoir qu'en le prescrivant le pharmacien va faire un suivi et, lorsque ça ne va pas, lorsqu'il y a un échec au traitement, il va le référer au médecin. Et ça, nous, on pense que, pour le médecin, ça peut certainement l'aider à circonscrire son diagnostic.

Mme McCann : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Mme la députée de Soulanges.

Mme Picard : Bonjour. Merci beaucoup d'être présentes aujourd'hui. Je me pose la question par rapport à la vaccination, on a entendu beaucoup de groupes aussi, mais j'aimerais avoir votre point de vue sur les effets, les craintes, tout ce qui a rapport avec la vaccination, de votre côté.

• (12 heures) •

Mme Savoie (Karina) : Nous, on est, bien sûr, en faveur de la vaccination. Comme on disait, on veut être complémentaires aux autres professionnels qui offrent déjà le service. On pense qu'on peut aller chercher une niche de population qui est différente. Les 18 à 65 ans, qui sont encore travailleurs, qui ont un horaire chargé, on pense que nous, on peut vraiment avoir un impact bénéfique à ce niveau-là.

Au niveau de nos craintes, on voudrait que les infirmières en pharmacie qui le font déjà puissent continuer à le faire, dans le but d'instaurer ça le plus rapidement possible, de ne pas détruire un mécanisme qui est déjà en place, puis que nous, on puisse venir en ajout. Dans certaines pharmacies, ce n'est pas possible pour eux d'avoir une infirmière en pharmacie, et sinon, bien, c'est aussi à l'extérieur des heures de service. Plusieurs pharmacies n'ont seulement qu'une journée où l'infirmière est présente, alors l'ajout du pharmacien va être important dans ce contexte-là.

Il faut aussi avoir accès aux vaccins. Pour plusieurs pharmacies, c'est difficile. Le pharmacien salarié, là, quand on est dans la chaîne de travail, puis que le pharmacien veut son vaccin, puis je ne suis pas capable de le commander nulle part,

c'est fâchant, c'est frustrant. Quand on a un bras, on veut piquer. Souvent, c'est la définition qu'on donne. Alors, l'accès aux vaccins va être vraiment important. Puis on déjà des mécanismes qui fonctionnent très bien, avec des chaînes de froid très contrôlées au niveau des grossistes. Nous, on pense que ce serait l'avenue la plus simple, là, de faire la distribution via les grossistes.

Il va falloir aussi certaines ressources. C'est des nouveaux actes, donc, pour certaines pharmacies, ça va nécessiter une réorganisation. On pense que ces nouveaux actes là vont devoir être rémunérés, là, pour permettre et garantir leur exécution.

Mme Picard : Au niveau de la gestion de votre espace dans les pharmacies aussi, j'imagine qu'il va falloir que vous vous adaptiez aussi à cette réalité-là.

Mme Savoie (Karina) : La très grande majorité des pharmacies, pour être... au niveau des standards de pratique, là, respecter les standards de pratique, doivent avoir un bureau de consultation fermé, alors, à mon sens, ce n'est pas quelque chose qui va être très difficile. On s'entend que de fermer la porte et de piquer, là, ce n'est pas pire qu'entre deux paravents dans un gymnase à l'école, là.

Mme Roussin (Stéphanie) : Puis on voit déjà aussi... dans d'autres actes qu'on effectue déjà, comme par exemple la prescription pour une contraception orale d'urgence, on doit s'assurer aussi d'avoir un bureau de consultation qui est fermé pour permettre, là, à la patiente qui vient consulter de le faire en toute intimité.

Le Président (M. Provençal) : 40 secondes.

Mme Picard : Ah non! Bien, comment voyez-vous les changements, en fait, que la loi va donner? Comment vous voyez la diffusion de la bonne nouvelle?

Le Président (M. Provençal) : 30 secondes pour répondre.

Mme Savoie (Karina) : Bien, c'est certain qu'on veut le diffuser le plus que possible. Je pense que, s'il n'y a pas de... s'il y a le moins de freins et le moins de barrières, les pharmaciens vont embarquer les deux pieds dans ces nouveaux actes, et il n'y a pas de doute que la population va être au courant, là.

Le Président (M. Provençal) : Merci. L'opposition officielle procédera à la suite des échanges. Je cède la parole au député de Pontiac.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Bonjour à tout le monde. Merci à vous d'être avec nous et de votre exposé. Quelques questions en lien avec ce que la ministre a amorcé, comme discussion. Le Dossier santé Québec, je pense que vous avez dit... et corrigez-moi si j'ai tort, mais je pense que vous avez dit quelque chose qui ressemblait à : S'il y a un ajustement... et vous avez utilisé, par exemple, l'exemple du sevrage pour un médicament pour l'insomnie, si le pharmacien procède à un ajustement comme ça, le prescripteur peut le voir. Est-ce qu'il le voit nécessairement? Est-ce qu'il y a une alerte? Est-ce qu'il y a quelque chose qui l'informe du fait que le pharmacien a changé le dosage ou a modifié la prescription?

Mme Savoie (Karina) : Présentement, il n'y a pas d'alerte. Par contre, les DME, qui sont les dossiers médicaux électroniques, qui sont utilisés dans les cliniques sont tous interfacés avec le DSQ. Par contre, en ce moment, le médecin doit aller cliquer, dans la section médicaments, «mettre à jour» afin que tous les médicaments apparaissent. À mon sens, ça peut être une bonne pratique de le faire juste pour faire un «reset», là, de la condition du patient que tu vois aujourd'hui. Mais effectivement il n'y a pas d'alerte qui lui dit de se faire. Par contre, je pense que, comme professionnel pharmacien, si on a une raison de croire qu'il y a une inquiétude, que le médecin devrait être mis au courant immédiatement, on va le faire puis on va prendre le téléphone, là.

M. Fortin : C'est parce que ce qu'on nous a dit hier, du côté des médecins, c'est que, suite au projet de loi, il va y avoir un énorme besoin de communication entre le médecin et le pharmacien. Et je pense que tout le monde peut s'entendre sur cette nécessité-là, parce que, si, par exemple, le médecin prescripteur initie une prescription qui est modifiée par la suite par un pharmacien, si le patient retourne voir son médecin plus tard, il faut que le médecin sache exactement ce qui s'est passé. Voyez-vous que ça, ça va se produire? Voyez-vous que ce mécanisme-là est automatique ou naturel, en ce moment, ou s'il a besoin de faire quelque chose de supplémentaire?

Mme Savoie (Karina) : À mon sens, le DSQ est suffisant. Puis je veux juste rappeler un exemple, là : les médecins omnipraticiens travaillent en collaboration avec les médecins spécialistes, les médecins spécialistes changent les thérapies médicamenteuses, et les médecins ne reçoivent pas systématiquement le rapport de suivi. Donc, ils sont capables de le faire, je ne verrais pas pourquoi ils ne seraient pas capables de le faire avec les pharmaciens.

M. Fortin : O.K., je comprends ce que vous dites. Hier, les médecins omnipraticiens nous ont dit... et, c'est de valeur, ils sont passés après les pharmaciens propriétaires et l'Ordre des pharmaciens, mais ils nous ont essentiellement dit qu'il y avait un potentiel de conflit d'intérêts de la part des pharmaciens parce qu'il y aurait la prescription, la vente et

l'administration d'un même médicament. Bien, en fait, disons que ce n'était pas clair, exactement, ce que les médecins voulaient, dans le sens où... est-ce qu'il y a un conflit d'intérêts chez les pharmaciens ou est-ce que les médecins devraient avoir le même droit? Est-ce que vous avez une perspective là-dedans? Est-ce que vous voyez un conflit d'intérêts ou est-ce que vous croyez que les médecins devraient avoir la même possibilité?

Mme Savoie (Karina) : Bien, comme la FMOQ disait hier, je pense que notre code de déontologie nous protège et que les pharmaciens, on est capables de gérer ça. C'est sûr que, nous, l'ajustement ou le médicament qu'on va prescrire, ça va toujours découler d'une prescription ou d'un diagnostic, c'est-à-dire que, si on fait une substitution, c'est parce que le médecin a donné une ordonnance puis que moi, j'ai trouvé un problème. On ne pourra pas le faire hors de ça, hormis la vaccination. Effectivement, il peut y avoir apparence de conflit d'intérêts, mais comme, étant professionnels, notre code de déontologie protège... bien certainement, on ne peut pas garantir que tout professionnel va le respecter, mais c'est dans toutes les professions et puis c'est une minorité de pharmaciens ou de médecins.

M. Fortin : Vous ne voyez pas d'enjeu à ce que les médecins aient la même possibilité?

Mme Savoie (Karina) : Je ne vois pas d'enjeu. On veut augmenter le taux vaccinal, alors mettons-nous tous de ce côté.

M. Fortin : O.K. Vous avez fait mention de la substitution, hein, et, dans votre mémoire, en page 9, vous parlez que vous êtes en faveur de l'élargissement de la substitution, sans nécessairement se limiter à la même sous-classe thérapeutique. Je veux juste comprendre, l'ajustement que vous demandez permettrait quoi, pratico-pratique, là, permettrait quoi.

Mme Savoie (Karina) : Bien, pratico-pratique, il y a eu une rupture, récemment, sur de l'érythromycine, c'est un onguent ophtalmique pour l'oeil, dans le fond, qui est pour une conjonctivite bactérienne, ça fait que c'était une situation qu'on devait gérer quand même rapidement, et il n'existe pas d'alternative dans la même sous-classe thérapeutique. Dans les médicaments comme en hypertension, on a certaines sous-classes qui sont bien définies. Avec la législation, actuellement, on ne peut pas sortir de cette même sous-classe.

Je vous donne un autre exemple : les crèmes de cortisone, dernièrement, ça a été vraiment difficile. Et chacune des crèmes est classée dans une catégorie, il y a des catégories de 1 à 6. A un certain moment donné, on n'avait plus de crème de la catégorie 5 qui existait, ça fait que, là, on devait contacter le médecin pour dire : Écoutez, je ne peux pas le substituer moi-même parce que, là, il n'y a plus de catégorie 5, mais je vous propose une crème de la catégorie 6 ou de la catégorie 5 en fonction du patient que j'avais devant moi. Donc, c'est ça que ça vient régler, ces problématiques-là.

Puis, dans un autre ordre d'idées, notre troisième point qu'on vient ajouter, c'est vraiment l'exemple de l'interaction, que je discutais tout à l'heure, là. Quand on a une interaction avec un antibiotique, et que, là, on ne peut pas le servir pour la sécurité du patient, et qu'on n'est pas capable de rejoindre le prescripteur, on laisse comme le patient seul là-dedans. Pour le pharmacien, ce n'est pas agréable de refuser le service, et, pour le patient, bien, il doit reconsulter, c'est une deuxième consultation, alors que le premier médecin a fait son diagnostic. Le pharmacien connaît la solution parce qu'il a fait son évaluation avec le patient, le patient retourne dans le système faire une autre consultation et, ultimement, revient à la pharmacie, ça ne sera peut-être même pas le même pharmacien, donc il doit repasser à travers l'évaluation d'ordonnance. Ça fait qu'ici on voit clairement une perte de temps, là, puis une mauvaise utilisation des ressources, à notre sens.

M. Fortin : Mais le projet de loi actuel vient régler cet enjeu-là ou il manque encore, selon la...

Mme Savoie (Karina) : Il faudrait ajouter la troisième mention au niveau de la substitution pour régler cet enjeu-là particulier.

M. Fortin : O.K. Mais ce que vous dites est vrai, là, tu sais, nous-mêmes... moi-même, je l'ai vécu à un moment donné, je pense, si je ne me trompe pas, c'était la veille de Noël, la pharmacie fermait à 8 heures, on avait une prescription du médecin, le médecin n'était plus à la clinique, il était rendu à l'hôpital, c'était presque impossible de le rejoindre. Donc, ça arrive, ces choses-là. Dans le fond, ce que vous proposez là, c'est juste de simplifier ce mécanisme-là. Mais, s'il y a une limitation dans le projet de loi, il doit y avoir une raison pour le demander à la ministre pendant l'étude article par article. Mais est-ce que vous comprenez ce que peut être la raison derrière le fait qu'on ne parle pas nécessairement de rupture d'approvisionnement complète ou même de sous-classe, là?

Mme Savoie (Karina) : Bien, c'est ça, ça dépend de chacune des questions, là. Au niveau de la sous-classe thérapeutique...

M. Fortin : ...questions, mais je vous les lance en même temps.

Mme Savoie (Karina) : C'est correct. Au niveau de la sous-classe thérapeutique, moi, je ne verrais pas pourquoi le pharmacien ne serait pas capable de substituer dans une autre sous-classe, on a clairement la formation pour le faire. Et, quand on contacte, là, les médecins, on offre la solution, là, ce n'est pas une discussion, souvent, qui est bidirectionnelle, on va dire : Bien, considérant ça, ça, ça et ça, je vous suggère telle alternative, et la réponse, c'est : O.K. Donc, à ce niveau-là, je ne vois pas de frein qui pourrait être utilisé.

• (12 h 10) •

Mme Roussin (Stéphanie) : Ça nous évite aussi, également, des problèmes, tu sais, de rupture d'approvisionnement à rebonds dans d'autres molécules. En fait, c'est comme, si je peux donner un exemple, actuellement, on a des ruptures

d'inventaire pour un médicament, la ranitidine, là, qui... des possibles contaminants, là, potentiellement cancérigènes, donc, en fait, là, on se retrouve en rupture d'approvisionnement pour la famotidine. Notre seule alternative pour substituer est un autre médicament, qui est la famotidine. Par contre, si tous les pharmaciens au Québec vont substituer pour la famotidine, on va se retrouver dans un mois avec le même problème. On va avoir changé tous nos patients pour la famotidine, on va se retrouver encore avec le même problème de rupture d'approvisionnement.

M. Fortin : Mais il y a quelque chose de particulier dans ce que vous dites, parce qu'essentiellement, si le pharmacien peut prescrire un médicament, il ne va pas prescrire quelque chose qui est en rupture de stock. Vous avez une bonne idée de ce que vous avez et de ce que vous êtes capables de prescrire. Le médecin, lui, par exemple, semble souvent prescrire un médicament qui est en rupture de stock, en rupture de stock ou même qui n'est plus distribué du tout. Est-ce qu'il n'y a pas un mécanisme par lequel le médecin sait ce qui est disponible et ce qui n'est même plus disponible du tout sur le marché, là? On peut parler de rupture de stock temporaire, ça, ça peut arriver que le médecin ne le sache pas. Mais il n'y a absolument aucun mécanisme quand le médecin, il dit : O.K., j'ai un tel patient, il a telle condition, je vais lui prescrire tel médicament... il n'y a rien qui lui dit, là, dans son... si lui va dans un... que ce soit dans son programme électronique, soit le DSQ ou autres, là, qui pourrait lui dire : Il n'y en a plus, de ce médicament-là, dans la région?

Mais c'est une énorme perte de temps, ça, là, parce que ça veut dire que, pour le patient, lui se retrouve en pharmacie, et là on commence tout le processus que vous avez décrit, à savoir : On est-u capable de le trouver? On est-u capable de retrouver le médecin ou il y a-tu autre chose qu'on peut prescrire? Mais il n'y a pas une façon plus simple de le faire en partant pour qu'un médecin ne prescrive pas quelque chose qui n'est plus disponible?

Mme Savoie (Karina) : Bien, effectivement, présentement, il n'y a rien dans leur logiciel informatique qui peut les aiguiller à ce niveau-là. Mais ça serait aussi difficile de le faire parce que les ruptures de stock... Le matin, là, j'essaie de commander un pot de ranitidine, il y en a, le lendemain matin, il n'y en a pas, le surlendemain, il y en a un mais en après-midi. Les stocks bougent tellement qu'il faudrait vraiment un logiciel qui soit mis à jour à chaque minute avec tous les distributeurs. C'est quelque chose qui pourrait se faire mais qui nécessite beaucoup d'efforts, à mon avis.

M. Fortin : Ça arrive-tu souvent, par exemple, la situation où... Parce que la situation que je vous ai décrite, la veille de Noël, là, quand on a vu le pharmacien, le pharmacien nous a dit : Bien, voyons, ça fait trois mois qu'il n'y a plus personne qui a ça au Québec, là. Ça, pour des choses comme ça, est-ce qu'il n'y a pas un moyen, un mécanisme que vous voyez qui pourrait être d'informer les médecins, de façon générale, que certains médicaments n'existent plus ou ne sont plus disponibles?

Mme Savoie (Karina) : Il y a des infolettres qui sont envoyées par la RAMQ pour aviser d'une rupture d'inventaire. Bon, c'est peut-être le mécanisme de communication par fax, là, qui n'est peut-être pas idéal, on revient avec le fax...

M. Fortin : ...ça, Mme la ministre, bientôt.

Mme Savoie (Karina) : Mais, oui, sauf que de retenir toutes les molécules qui sont en rupture, c'est ça, c'est un autre enjeu, là. Ça fait que, d'après moi, ça passe par l'informatisation de ces données-là.

M. Fortin : Très bien. Ça va pour moi, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. La parole appartient au deuxième groupe de l'opposition. M. le député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci. Merci d'être avec nous pour pouvoir nous éclairer. Dans le projet de loi, il y a quelque chose qui permet à un pharmacien, une pharmacienne de modifier, disons, le médicament qui est donné si c'est équivalent puis qu'il peut trouver quelque chose de moins cher, l'argument étant : vous connaissez ça plus en profondeur que les médecins. Des fois, le médecin prescrit la grosse marque qu'il connaît, elle est peut-être plus chère, le patient pourrait peut-être avoir quelque chose de moins cher, donc ça vous autorise à faire ça, si j'ai bien compris.

Est-ce qu'il y a quelque chose dans le projet de loi, à votre connaissance, qui pourrait empêcher un pharmacien, disons, propriétaire, là, qui n'aurait pas, disons, une éthique irréprochable, là, de remplacer ça par un médicament qui va lui faire faire plus de redevances, par exemple? Un pharmacien propriétaire, ça ne concerne pas vraiment les gens que vous représentez, mais...

Mme Savoie (Karina) : Bien, pour faire des substitutions ou des changements de dose ou de forme, il faut que ça soit cliniquement nécessaire. Donc, tout est dans le «cliniquement», on ne peut pas le faire pour le simple motif d'avantage monétaire. Je vous donne un exemple : il existe une goutte, en ce moment, sur le marché, pour traiter l'otite externe, qui s'appelle le Ciprodex, qui est une goutte deux dans un, ce n'est pas couvert, actuellement, par la RAMQ, là, et cette même goutte existe en deux produits différents qui, eux, sont remboursés. Alors, on n'a pas le droit de changer pour les deux gouttes qui sont remboursées, même si c'était à l'avantage du patient. Alors, on n'a clairement pas le droit de le faire pour notre avantage... bien, pour l'avantage du pharmacien propriétaire.

M. Zanetti : Et, si je comprends bien, vous n'avez pas le droit de le faire non plus à l'avantage du patient, selon le projet de loi actuel?

Mme Roussin (Stéphanie) : Non.

M. Zanetti : Ah oui? O.K.

Mme Roussin (Stéphanie) : Ça ne peut pas être pour des motifs économiques, il faut que ce soit pour des motifs cliniques, effectivement, donc, d'interaction... bien, pas d'interaction, mais en fait de...

Mme Savoie (Karina) : Le patient n'est pas capable d'avaler un comprimé, on va le changer en liquide, ce genre de chose là.

Mme Roussin (Stéphanie) : ...ou de non-disponibilité du médicament.

M. Zanetti : Je comprends. Trouveriez-vous intéressant qu'on mette un amendement qui permettrait de faire des substitutions quand le motif, c'est faire payer moins cher au patient ou à la RAMQ?

Mme Savoie (Karina) : À vue rapide comme ça, ça semble un objectif qui est noble. Si c'est bien encadré puis que, tu sais, toutes les parties prenantes sont d'accord, moi, je n'y verrais pas d'inconvénient dans ma pratique actuelle.

M. Zanetti : Merci.

Le Président (M. Provençal) : La parole est au troisième groupe d'opposition. M. le député de Jonquière.

M. Gaudreault (Jonquière) : Oui. Merci beaucoup pour votre présence. C'est extrêmement intéressant, puis on vous sent très, très, très engagées dans votre profession, c'est vraiment intéressant.

Vous dites, à la page 19 de votre mémoire : «Voulons-nous que la pharmacie la plus performante au Québec soit celle qui émet le plus d'ordonnances ou celle qui offre les meilleurs services pharmaceutiques?» Moi, ma position, c'est clair, c'est les meilleurs services pharmaceutiques, je sais que c'est la même chose pour vous. Je veux juste être sûr de bien comprendre comment arriver à ce chemin-là. Parce que, quand je regarde à la fin, sur la question de la rémunération, là, vous êtes... Bon, vous dites qu'il faudra rémunérer les nouveaux services afin de soutenir leur implantation, mais j'aimerais ça que vous soyez un petit peu plus précises, s'il vous plaît.

Mme Savoie (Karina) : Bien, il y a deux portions au niveau de la rémunération. Comme l'AQPP le mentionnait hier, tu sais, brasser l'enveloppe, là, puis de rémunérer les activités cognitives, ça permet à nous, pharmaciens salariés, de s'assurer d'avoir un plan d'effectifs qui est adéquat.

Présentement, notre rendement est évalué à un nombre d'ordonnances à l'heure, ce qui ne fait vraiment pas de sens parce qu'au niveau de la complexité de ce qu'on doit faire, au niveau des consultations de médicaments de vente libre, qui ne sont pas rémunérées en ce moment, puis qu'on en fait 13 par jour par pharmacie, ça peut parfois prendre 10 minutes. Alors, si tu as, dans ton heure, 10 nouvelles prescriptions puis six conseils, bien, tu as l'impression d'être dans le jus. Mais, au fond, le pharmacien propriétaire, lui, il va regarder les chiffres au niveau de la rentabilité puis il va mettre son effectif en ce terme-là. Ça fait que l'importance de revoir le mode et d'encourager les bonnes pratiques au niveau clinique, pour nous, c'est quelque chose d'important pour notre charge de travail en laboratoire pour s'assurer que les indicateurs soient les bons.

La deuxième chose, c'est au niveau des nouveaux services cliniques. On veut juste éviter que le... parce que les pharmaciens faisaient plein de choses offertes à leurs patients dans le cadre de l'honoraire que... les nouveaux services comme la vaccination ne soient... ne doivent pas être faits gratuitement par le pharmacien. Nous, on est convaincus que c'est un service qui doit être remboursé, payé au pharmacien pour son temps, parce que le pharmacien qui va être en train de vacciner, bien, il n'est pas en train de faire la distribution des médicaments, la vérification de la thérapie et autres choses. Ça fait que c'est deux piliers, pour nous, qui doivent aller ensemble dans le contexte de la revue du modèle de rémunération.

M. Gaudreault (Jonquière) : O.K. Au fond, on va revenir sur un système où on se concentre sur la tâche professionnelle qui est la vôtre.

Vous parlez de la vaccination. Si le projet de loi passe... bien, en tout cas, s'il passe d'ici la fin de la session, est-ce que, rapidement, la vaccination peut être mise en place ou ça va prendre une période de transition, autant sur le plan des locaux, de la main-d'oeuvre, des quantités de vaccins?

Le Président (M. Provençal) : Une réponse rapide, s'il vous plaît.

Mme Savoie (Karina) : Bien, j'ai l'impression que ça va prendre une transition, surtout au niveau des vaccins, de l'accessibilité des vaccins, c'est le plus important. Parce qu'il y a quand même 1 000 pharmaciens qui ont déjà commencé à se former, même si on ne sait pas l'issue de ce projet de loi là, ça fait que je pense que les pharmaciens vont embarquer. Donc, c'est vraiment au niveau de l'accès aux vaccins eux-mêmes qui, pour nous, va être le plus grand frein, oui.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie Mme Savoie et Mme Roussin pour leur contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre au prochain groupe de prendre place. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 19)

(Reprise à 12 h 20)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Merci.

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)

M. Paradis (François) : Alors, M. le Président, Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mmes et MM. les parlementaires, mon nom est François Paradis, je suis président de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Linda Vaillant, qui est directrice générale de notre association.

L'APES remercie la commission de l'occasion qui lui est offerte d'émettre ses commentaires sur le projet de loi n° 31. D'emblée, nous saluons le dépôt de ce projet de loi, puisqu'il va permettre d'élargir le champ d'exercice des pharmaciens, et ce, au bénéfice des citoyens du Québec, c'est-à-dire nos patients. Et, dans les délibérations qu'on entend depuis hier, il ne faut jamais oublier cet objectif-là : c'est pour les patients qu'on fait cet exercice-là.

On va insister aujourd'hui principalement sur deux de nos recommandations. La première recommandation vise à introduire la possibilité pour les pharmaciens d'initier, d'ajuster et de cesser des médicaments dans le cadre de pratiques collaboratives. C'est quoi, les pratiques collaboratives? Bien, ce n'est pas compliqué, c'est une entente entre des médecins et des pharmaciens qui établissent les rôles de chacun dans la prise en charge d'une clientèle spécifique. Alors, par exemple — puis là je prends, évidemment, un exemple en établissement de santé — on pourrait déterminer que, dans une clinique d'oncologie, les médecins, les hémato-oncologues et les pharmaciens déterminent que le pharmacien prendra en charge, par exemple, les nausées associées à la chimiothérapie ou la prise en charge de certains autres effets indésirables reliés à la pharmacothérapie. Donc, on définit un cadre de travail, on travaille en interdisciplinarité, c'est fluide, c'est simple. Par opposition, ce à quoi on est confrontés, actuellement, ce n'est ni fluide ni simple, et j'ai nommé les ordonnances collectives.

Alors, pour bien vous faire voir la distinction, je reprends mon exemple de l'oncologie. Actuellement, on doit travailler avec des ordonnances collectives. Donc, les médecins et les pharmaciens, pour chaque médicament ou pour chaque classe de médicament, doivent déterminer comment chacun de ceux-ci ou de ces classes-là vont être utilisés, quelles vont être les méthodes d'ajustement, en fait tout prévoir à l'avance toutes les modalités possibles, donc on se rend compte que, pour arriver au même objectif, on pourrait avoir besoin de huit, 10, parfois plus d'ordonnances collectives. Et une fois qu'on a déterminé le contenu de ces ordonnances-là, là on s'embarque dans le processus d'approbation des ordonnances collectives. Alors là, j'appellerais ça... dans le dédale administratif de nos établissements, il faut que ce soit soumis aux départements médicaux. Ça peut avoir à être soumis aussi pour approbation soit à la direction des soins infirmiers ou au conseil des infirmières et infirmiers pour éventuellement en arriver à une approbation finale par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ce processus-là peut prendre de 12 à 18 mois, donc c'est très long. Et imaginez que, pendant ce temps-là, il est possible que les recommandations de traitement aient changé, donc, si c'est le cas, il faut recommencer.

Alors, vous voyez que c'est quelque chose qui est très lourd, et c'est pourquoi nous, on est convaincus qu'il faut plutôt aller vers des pratiques collaboratives pour permettre, justement, d'initier, ajuster et cesser des médicaments, parce que ça va être plus fluide, parce que ça va augmenter l'efficacité dans le système de santé, parce qu'autant pour les médecins que pour les pharmaciens, il y aura moins de temps à consacrer à de la paperasse et de la rédaction, donc plus de soins directs aux patients. Et enfin ça va offrir plus de latitude aux pharmaciens pour atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques en fonction de leur expertise.

Deuxième recommandation dont on veut faire état ce matin, ça concerne la substitution des médicaments, et là je réfère à une pratique qui a cours dans les établissements de santé depuis très longtemps. En fait, dans les établissements de santé, on va sélectionner une liste des médicaments qui seront utilisés pour nos patients, évidemment dans le but de répondre à l'ensemble de leurs besoins. Mais, à l'intérieur d'une même classe pharmacothérapeutique, on ne va pas nécessairement garder l'ensemble des molécules disponibles, donc le comité de pharmacologie va faire une sélection, évidemment, pour tenir compte de toutes les possibilités qu'on aura rencontrées. Mais, dans l'éventualité où un autre médicament serait prescrit, à ce moment-là, le comité de pharmacologie va émettre des règles de substitution automatique qui vont permettre au pharmacien, d'emblée, dès qu'il voit arriver cette ordonnance-là, de faire la substitution. Et tout ça est encadré par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ça, c'est une pratique qui a cours depuis très longtemps. Le hic, c'est que cette pratique-là, actuellement, échappe à l'encadrement légal actuel. Donc, on pense que le projet de loi n° 31 est une excellente occasion pour régulariser les choses par rapport à cet élément.

Deux mots sur l'évaluation physique et mentale d'une personne dans le but d'ajuster ou de suivre la pharmacothérapie du patient. En établissement de santé, ça fait partie de nos activités quasi quotidiennes. On est auprès des patients, on travaille en interdisciplinarité, et il faut absolument qu'on intègre ça dans le projet de loi parce que c'est un élément essentiel du processus d'optimisation de l'usage des médicaments. Alors, pour nous, c'est un facteur essentiel.

On est convaincus que le contexte actuel est propice à l'implantation de ces mesures-là en établissement de santé, et, pour vous en faire la démonstration, je cède maintenant la parole à ma collègue, Mme Vaillant.

Mme Vaillant (Linda) : Merci. Alors, je vais poursuivre pour vous présenter un petit peu mieux, peut-être, le contexte d'exercice des pharmaciens d'établissement, que possiblement vous connaissez moins, étant donné que c'est un groupe qui représente 17 % de la profession au Québec.

Quelques éléments que je vais mettre de l'avant. D'abord, la formation universitaire. Les pharmaciens d'établissement détiennent, en très grande majorité, une formation de deuxième cycle en pharmacie, qui, aujourd'hui, s'appelle une maîtrise en pharmacothérapie avancée. Alors, c'est une formation de 16 mois consécutifs qui suit la formation de premier cycle de quatre ans, là, qui s'appelle le doctorat professionnel en pharmacie. Cette formation de 16 mois supplémentaires permet d'aller chercher les compétences et les connaissances plus spécifiques aux besoins des clientèles qui sont hospitalisées ou hébergées en établissement de santé. Donc, ce ne sont pas nécessairement les mêmes médicaments, c'est un circuit du médicament qui est distinct de celui qu'on observe en pharmacie communautaire, donc ça requiert cette formation de deuxième cycle si on veut avoir une pratique optimale en établissement de santé.

Deuxième élément, le pharmacien d'établissement a une pratique qui se décline selon cinq axes : les soins pharmaceutiques, les services pharmaceutiques, l'enseignement, la recherche, la gestion et les affaires professionnelles.

Les services pharmaceutiques, c'est ce que tout le monde connaît de base. C'est ce que nous, on appelle la distribution des médicaments. Donc, en établissement de santé, on reçoit l'ordonnance, on valide, on prépare, on retourne le médicament à l'unité de soins. Essentiellement, c'est le volet distribution. C'est, je vous dirais, le minimum du minimum requis.

Quand on veut arriver dans le crouching, le cœur de la rentabilité du pharmacien, il faut l'amener à faire des soins pharmaceutiques. Là où son expertise est vraiment pertinente, c'est dans le volet soins pharmaceutiques. Les soins, ça signifie tout ce qu'on vient de décrire, c'est-à-dire ajuster la médication, revoir le profil médicamenteux, s'assurer que c'est le bon médicament qui est prescrit, est-ce qu'on devrait en cesser un, est-ce qu'on devrait en réduire un autre, est-ce qu'on devrait en ajouter un. Alors, c'est cette évaluation-là et ces décisions-là qui sont prises par le pharmacien qui font partie, je dirais, de la plus-value de son activité, c'est-à-dire vraiment le volet soins pharmaceutiques.

Le volet gestion et affaires professionnelles, c'est un volet qui est vaste, qui peut concerner la gestion des départements. Mais, si je m'attarde plus aux affaires professionnelles, je vais vous parler de ce qu'on vient de décrire, les ordonnances collectives. La rédaction et la révision des ordonnances collectives et toute la lourdeur du processus qu'on vient de vous exposer, ça fait partie de ce volet des affaires professionnelles. On a besoin, nos patients ont besoin qu'on offre davantage de soins directs aux patients. Présentement, vous le savez possiblement, les pharmaciens d'établissement sont en rareté de main-d'oeuvre. Il faut s'assurer qu'on fait le maximum pour qu'ils soient davantage dans l'axe des soins pharmaceutiques et un petit peu moins dans la paperasse. Ça fait partie des recommandations qu'on fait aujourd'hui, de se sortir du carcan des ordonnances collectives, qui prennent beaucoup d'heures de gestion, pour les ramener à des heures de soins directs aux patients.

Finalement, un autre élément qui est important, c'est celui du CMDP. Les pharmaciens font partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens depuis 1983. C'est un cadre qui est particulier, propre aux établissements de santé, qui permet d'assurer les compétences et la qualité des actes qui sont posés par le pharmacien. Alors, c'est le même cadre rigoureux qui s'applique aux médecins, évidemment. Et le pharmacien, une fois qu'il a obtenu un statut au sein du CMDP, il est ensuite officiellement embauché par le conseil d'administration de l'établissement. Il accepte donc d'office d'être soumis au processus disciplinaire, par exemple suite à une plainte, et il accepte que son exercice soit encadré rigoureusement par une évaluation de ses actes.

• (12 h 30) •

Finalement, très rapidement, le pharmacien, aussi, en établissement a la chance, je dirais, d'être dans un environnement où il a accès à l'ensemble des données cliniques, l'ensemble du dossier patient. Il a le patient, aussi, devant lui, il a l'équipe médicale, donc il est vraiment dans un environnement propice à prendre les bonnes décisions. Alors, c'est ce qui nous amène aujourd'hui à vous proposer d'inclure la possibilité pour les pharmaciens d'initier, d'ajuster et de cesser des médicaments par un seul et même mécanisme qui passe par une voie réglementaire mais qui va alléger le fardeau des pharmaciens d'établissement et, je vous dirais, par ricochet, celui des médecins aussi, auxquels, nécessairement, le processus est associé. Je vous remercie. On est prêts à recevoir vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci pour votre exposé. Nous initions cette période d'échange avec Mme la ministre. La parole est à vous.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, moi, je veux vous saluer, M. Paradis, Mme Vaillant, très contente de vous revoir aussi, un exposé fort intéressant. Et, bon, vous le savez, moi, j'ai travaillé dans le réseau pendant de nombreuses années et j'ai côtoyé beaucoup de pharmaciens et apprécié vraiment le rôle des pharmaciens dans les établissements de santé et de services sociaux.

Sur les ordonnances collectives, oui, qui sont un processus très long, pouvez-vous élaborer davantage sur la proposition que vous nous faites?

M. Paradis (François) : Oui, on peut, évidemment, élaborer davantage, puis je pense que c'est d'y aller de façon... peut-être, encore une fois, avec des exemples, parce que, quand on parle de pratique collaborative, c'est simplement d'établir, de définir les champs d'action ou, je veux dire, les carrés de sable de chacun des professionnels. Donc, à partir du moment où... je reviens à mon exemple en oncologie, bien, si on s'entend que la prise en charge des nausées va être faite par le pharmacien, bien, le pharmacien, à ce moment-là, lui, bon, il a son expertise, il a les données probantes, il a les recommandations et, à partir de ça, il est en mesure de déterminer... pour un patient ou une patiente donnée, en fonction de ses autres pathologies, en fonction de l'état de ses reins, l'état de son foie, ses mécanismes d'évaluation, en fonction des autres pathologies qui sont présentes chez cette personne-là, va être en mesure de choisir le meilleur médicament possible, le cas échéant de faire les ajustements nécessaires dans les posologies pour finalement arriver à une thérapie qui va être la mieux adaptée possible à la situation des patients. Donc, c'est quelque chose qui est... Quand on dit que c'est plus fluide, c'est qu'on n'a

pas besoin d'avoir un algorithme qui va nous dire : Si c'est comme ça, tu tournes à gauche, si c'est comme ça, tu tournes à droite. Il y a des recommandations, il y a des règles de... des recommandations des sociétés savantes, et, à partir de là, le pharmacien, lui, avec son expertise, est capable de faire rapidement ses... ça lui permet de s'ajuster rapidement à l'évolution du patient aussi.

Mme Vaillant (Linda) : En fait, je me permets d'ajouter, je vais vous donner un exemple. Ici, là, j'en ai une, physiquement, là. Ça, c'est une ordonnance collective, une seule, ça a 28 pages. C'est écrit par le pharmacien, ça concerne la médication. C'est révisé par le médecin, évidemment, mais l'expertise, elle est détenue par le pharmacien, il la rédige, l'ordonnance. Ça, c'est juste pour contrôler les nausées et vomissements en onco, une seule ordonnance. Si je veux collaborer à autre chose, le patient a des problèmes de mucosite, ça va me prendre une ordonnance collective spécifique pour le rince-bouche de la mucosite. Si je veux assister le patient pour un problème de douleur, ça va me prendre une ordonnance collective spécifique pour le problème de douleur. Et tout ce processus va prendre le 12 à 18 mois, qu'on vous a décrit par un bel organigramme en annexe, que vous pourrez regarder, qui est magnifique. Ça, c'est le processus des ordonnances collectives — vous ne le voyez pas bien, mais vous l'avez en annexe du mémoire — excessivement lourd, très long, pour faire la même chose que ce qu'une entente de pratique collaborative, que moi, j'appelle une feuille recto verso, là... j'espère que je n'offense personne en disant ça, surtout pas mes collègues de l'Ordre des pharmaciens, mais j'espère qu'ultimement c'est quelque chose qui ressemblerait à une feuille recto verso qui décrit un cadre de fonctionnement dans lequel chacun se partage effectivement le travail selon des exigences, avec certains paramètres. Je pense qu'on n'est pas en train de se dire qu'on veut partir en fous, on veut faire la même chose dans un cadre plus léger, plus simple, le même type de pratique, mais en donner plus, plus de soins, passer moins de temps à rédiger des ordonnances.

Dernier exemple que je vais vous donner, vous connaissez possiblement le projet en CHSLD, PEPS, qui est ici, dans la ville de Québec, qui permet de prendre en charge... d'assister, en fait, les médecins en longue durée, puisqu'il y a un problème, hein, on n'a pas suffisamment de médecins en CHSLD. Alors, les pharmaciens, en collaboration avec les infirmières, prennent en charge la médication des patients. Pour mettre en place le projet PEPS, ça a pris au minimum l'ajout de 10 ordonnances collectives relativement complexes, qu'ils ont réussi à procéder assez rapidement, vu l'intérêt pour le projet. Mais normalement, si on veut déployer un projet comme celui-là, il va falloir répliquer tout ce processus de mise en place d'ordonnances collectives, alors qu'on pourrait avoir simplement une entente de pratique collaborative comme on le voit aux États-Unis et comme on le voit, au Canada, dans d'autres provinces également.

M. Paradis (François) : Et j'ajouterais, sur l'ajout de Mme Vaillant, le fait qu'il y a une flexibilité, aussi, avec tout ça. Une entente de pratique collaborative, ça doit s'adapter aux réalités locales. Donc, on peut très bien décider de fonctionner d'une telle façon à Saguenay, pour prendre un exemple, et d'une autre façon au CUSM, à Montréal. Donc, il faut s'adapter aux situations, il faut s'adapter à nos clientèles, et c'est ce que ça permet de faire, plutôt que d'avoir un cadre rigide qui doit tout prévoir à l'avance.

Mme McCann : Est-ce que j'en comprends, à ce moment-là, qu'en fait vous auriez une proposition, là, pour remplacer un fonctionnement d'ordonnance collective avec les éléments, là... j'entendais aussi Mme Vaillant, ce que vous disiez, des éléments de base, là, dans un processus, c'est ce que vous dites aujourd'hui, pour camper vraiment tout cet exercice-là? Pour vous, c'est certainement quelque chose de possible. Vous parlez d'une entente dans le cadre de la pratique collaborative. Est-ce que cette discussion a eu lieu dans d'autres forums universitaires, le CMDP? Est-ce que vous avez eu des occasions de présenter votre proposition pour remplacer... c'est un peu... bon, pour avoir une autre méthode que les ordonnances collectives?

Mme Vaillant (Linda) : Oui, je pense qu'on en a beaucoup discuté. Il y a quand même pas mal de publications, aussi, sur les pratiques collaboratives. C'est effectivement la proposition qu'on fait. En fait, c'est qu'on doit vivre, actuellement, avec deux modalités. Il y a une modalité qui nous permet d'ajuster des médicaments de manière autonome, là, en vertu de la loi, mais, quand on veut initier le médicament nous-mêmes, là ça nous prend un cadre d'ordonnance collective. Alors, en établissement de santé, on joue avec les deux, parce qu'on initie assez régulièrement. L'exemple... Initier, là, ça veut juste dire le débiter, là. Vous avez de la chimiothérapie, je veux débiter l'antinauséeux, mais il faut que je l'initie, mais ça me prend l'ordonnance collective.

Alors, on voit évoluer, dans d'autres milieux, dans d'autres provinces, cette pratique collaborative qui permet d'avoir un cadre qui est non moins rigoureux, à mon avis, mais qui donne un peu plus de flexibilité, puis qui ne freine pas l'innovation non plus, et qui permet d'utiliser l'expertise des individus au maximum de leurs capacités, en l'occurrence les pharmaciens d'établissement, là.

Mme McCann : Moi, j'aurais encore au moins deux questions à vous poser, là, et je veux vraiment vous entendre. D'abord, nous dire juste quelques mots sur les secteurs où les pharmaciens en établissement travaillent beaucoup dans nos établissements. C'est très large, c'est très vaste, mais dites-nous quelques mots là-dessus, parce qu'il y a beaucoup de départements. Vous avez parlé de l'oncologie, mais il y a bien d'autres départements.

M. Paradis (François) : Il y en a plusieurs, oui, puis...

Mme McCann : Donnez-en une idée.

M. Paradis (François) : Bien, écoutez, ce qu'on essaie de faire, évidemment, c'est d'être présents là où les patients ont besoin de nous, et il y a effectivement plusieurs clientèles qui répondent à cette définition-là. C'est sûr que l'oncologie, c'est comme quelque chose que... vous allez faire le tour du Québec, puis à peu près à tous les endroits où il s'administre de la chimiothérapie, bien, il y a des pharmaciens qui travaillent en collégialité avec les médecins.

Mais il y a d'autres clientèles qui font l'objet aussi de... je ne dirai pas de pratique collaborative, parce que ça ne répond pas à la définition, mais de travail en interdisciplinarité. Par exemple, en néphrologie, les patients qui ont des problèmes rénaux ou qui sont en hémodialyse, il y a des pharmaciens, dans les équipes, qui travaillent conjointement avec les médecins et les infirmières. On voit de plus en plus aussi, bon, évidemment, tout ce qui est de l'antibiogouvernance, le suivi de l'antibiothérapie des patients, pour s'assurer qu'on a une antibiothérapie qui va être ciblée, qui va éviter, de cette façon-là, de favoriser l'émergence de bactéries résistantes. On a en santé mentale, où on a de plus en plus des pratiques, aussi, où les pharmaciens sont impliqués. En gériatrie, en CHSLD — écoutez, la liste est longue — en cardiologie, en centre spécialisé en greffe de moelle, vous avez des pharmaciens qui sont présents dans les équipes. Donc, c'est certain que c'est quelque chose qu'on va retrouver de façon courante dans les établissements de santé, mais, encore une fois, ce qu'on vise, dans tous les secteurs que je vous ai nommés, c'est d'arriver à faire en sorte qu'on a moins de paperasserie puis qu'on est capables d'avoir plus de latitude puis d'être plus efficaces, efficaces dans nos suivis.

Mme McCann : J'aimerais aussi vous demander... parce qu'on a aussi des pharmaciens, des associations, etc., qui viennent nous parler, là, du projet de loi n° 31. Vous avez des liens, évidemment, avec les pharmaciens communautaires, dans les pharmacies communautaires. Pouvez-vous nous en parler un peu? Parce que... Puis, dans le cadre du projet de loi n° 31, là, j'aimerais vous entendre, est-ce que le projet de loi n° 31 va avoir un certain impact sur... même aider au niveau de la trajectoire, là, du patient entre, par exemple, la communauté puis l'établissement de santé? Il y a beaucoup à dire là-dessus, parce qu'il y a à faciliter cette trajectoire au niveau du médicament, la prescription, entre la communauté et l'établissement et aussi l'établissement et la communauté. Pouvez-vous nous en parler, dans le cadre du projet de loi n° 31 aussi, peut-être dans un deuxième temps, mais de tous ces liens pour assurer la continuité de services pour les patients?
• (12 h 40) •

Mme Vaillant (Linda) : Définitivement, je dois admettre une lacune à l'égard de la continuité de soins entre pharmaciens. Il faut absolument qu'on améliore cet élément-là. Il y a toutes sortes de raisons pour ça. Je pense que le projet de loi n° 31 peut favoriser la continuité de soins. Il y a du travail à faire, beaucoup, à l'égard tant de la sortie des patients que de l'entrée des patients.

Alors, si je me place... On discute avec nos collègues de la pharmacie communautaire, mais on réfléchissait, nous, à l'association, justement, au cours de l'été, au fait qu'il va falloir qu'on travaille plus activement, dans le contexte de ce projet de loi qui, j'espère, va être adopté, à un parcours de soins du patient dans le contexte, là, vraiment, de soins pharmaceutiques. Donc, on se disait, entre nous : Il faut qu'on discute de ça avec nos collègues de la pharmacie communautaire pour s'assurer qu'on arrive à bien s'arrimer et que le patient ne tombe jamais entre deux chaises.

L'introduction des pharmaciens en GMF, à notre avis, est un premier pas extrêmement intéressant d'avoir cette continuité. Ils amènent une forme de continuité, les pharmaciens, quand même, en GMF, parce qu'on a une transition. C'est des patients un peu plus complexes qui peuvent, dans certains cas, passer de l'hôpital à la maison, au domicile, et donc qui vont avoir un soin pharmaceutique qu'ils n'avaient pas auparavant. Ça fait que c'est un élément qui est facilitant.

À l'égard du projet de loi comme tel, je pense que, si on est en mesure de faire davantage à la sortie des patients pour identifier certains besoins, par exemple, et s'assurer de transmettre à nos collègues de la pharmacie communautaire ces éléments-là... On peut penser à la vaccination, par exemple. Donc, la vaccination, en établissement, nous, on ne pense pas qu'on va vraiment vacciner. On travaille avec des infirmières au quotidien, c'est très certainement les infirmières qui vont vacciner, poser le geste comme tel. Par contre, on va être en mesure d'identifier les besoins de vaccination. Les clientèles d'oncologie, pour y revenir, c'est des patients qui, très souvent, ont besoin d'une couverture vaccinale pour les risques de pneumonie, risques de grippe aussi. Alors, on sera en mesure, nous, de les attraper puis de s'assurer que ce vaccin-là va être administré au moment où le patient retourne à sa pharmacie, par exemple. Mais il y a du travail à faire. C'est un élément, je pense, sur lequel on doit travailler sur les prochaines années, cette question de continuité des soins.

Il y a un enjeu de main-d'œuvre. Je ne vous cacherai pas qu'il y a une difficulté, en établissement de santé, où, à la sortie, on aimerait être capables d'assurer un meilleur suivi pour nos collègues de la pharmacie privée, parce que, pour eux, c'est difficile de recevoir une ordonnance... souvent, ils vont vous le dire le vendredi après-midi, parce que c'est là que les patients sortent, ils sont pris avec ça, ils essaient de rejoindre des gens, le médecin, le pharmacien, c'est parfois difficile. Alors, il y a quelque chose à améliorer et il y a probablement quelque chose à améliorer dans le réseau de la santé, aussi, pour identifier des porteurs de dossier, si on veut, des leaders qui pourraient assurer une continuité et peut-être aussi une forme d'enseignement auprès des pharmaciens de la communauté dans certains champs plus spécialisés, mais ce sont des choses à faire.

Mme McCann : Est-ce qu'il y a des mécanismes que vous voyez qui pourraient être mis en place pour améliorer, justement, cette continuité, qui est tellement fondamentale pour le patient? Surtout que nos patients, là, qui ont des maladies chroniques, des patients très âgés, qui ont besoin de cette continuité... Avez-vous des suggestions de mécanismes?

M. Paradis (François) : Bien, il y a une entité qui existe déjà, qui est le Comité régional de services pharmaceutiques, dont la fonction, le rôle est justement d'organiser les services pharmaceutiques sur le territoire. Évidemment, dans les faits, c'est extrêmement compliqué parce que, quand on parle des CISSS et des CIUSSS, par exemple, bien, je veux dire, sur un territoire donné, déjà on regroupe un certain nombre d'installations, comme on les appelle, et, sur le même territoire,

il y a aussi un certain nombre de pharmacies communautaires qui ont des propriétaires différents, qui font partie de chaînes et bannières différentes. Donc, l'enjeu de l'arrimage, il est énorme. Moi, je peux vous dire, là, je travaille au Bas-Saint-Laurent puis je le vis, je siège au CRSP, et c'est quelque chose qui est extrêmement difficile, autant parce qu'il y a des enjeux de main-d'oeuvre, il y a des enjeux de distance, donc c'est quelque chose qui est extrêmement difficile.

Est-ce qu'il y a des choses? Bien, évidemment, on parle du DSQ. Je pense que tout ce qu'on pourra faire dans le temps qui pourra améliorer la fluidité des communications... Là, on entend le mot «fax» à qui mieux mieux depuis hier, ici, mais tout ce qui permettra... Parce que ce n'est pas seulement de dire : Voici la liste des médicaments que le patient prenait à l'hôpital, là, puis voici... c'est : Voici ce qui s'est passé, aussi, voici pourquoi on a changé telle molécule, voici pourquoi on a ajusté telle molécule, et tout ce cheminement d'information là actuel, il est difficile.

Mme McCann : Mais ce cheminement d'information, est-ce que ça demande un outil comme le DSQ ou ça demande autre chose?

Mme Vaillant (Linda) : Ça demande autre chose, ça demande autre chose. La problématique en établissement de santé, le DSQ ne le règle pas. C'est beaucoup un outil spécifique pour ce que nous, on appelle le bilan comparatif des médicaments. Alors, on est un petit peu en retard, je vous dirais, là-dessus, n'ayant pas du tout d'outils informatiques ou très peu, là. Quelques établissements en disposent, mais véritablement très, très peu. Et n'ayant pas cet outil-là, ça devient très fastidieux. On fonctionne effectivement par fax, on refait une saisie dans notre propre système, et là, si on est chanceux, le logiciel nous permet d'extraire un bilan et de l'imprimer, mais ce n'est pas toujours le cas. Donc, il y a du travail, au niveau informatique, à faire, très certainement, pour améliorer la fluidité à ce niveau-là, clairement.

Le Président (M. Provençal) : Ça va aller? Je passe la parole au député de Pontiac.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Bonjour, M. Paradis, Mme Vaillant. Merci d'être parmi nous aujourd'hui et de nous proposer certaines pistes de solution pour améliorer, simplifier les choses pour les pharmaciens en établissement, entre autres.

Avant d'aborder vos deux grandes recommandations, disons, là, vous y avez fait référence, Mme Vaillant, l'enjeu de la pénurie de main-d'oeuvre, et je pense que c'est connu, c'est connu de tout le monde, il manque de pharmaciens en établissement. Est-ce qu'un des effets collatéraux du projet de loi n° 31... et là je ne dis pas ça parce que je cherche des bibittes, je dis ça parce que vous êtes là puis vous vivez un enjeu en ce moment, mais est-ce qu'un des effets collatéraux ne pourrait pas être d'augmenter la demande en pharmaciens, essentiellement? Parce que, quand on entend l'Ordre des pharmaciens, la Fédération des pharmaciens, qui étaient ici hier et qui nous parlaient, entre autres, de la nécessité de rémunération pour des actes nouveaux, des actes additionnels... Donc, si on se dit : Les pharmaciens en établissement vont faire des actes additionnels, bien, probablement qu'on va avoir besoin de plus de pharmaciens... pas en établissement, mais en pharmacie communautaire. Alors, rendu là, est-ce que la difficulté pour vous d'attirer des nouveaux pharmaciens va être encore plus grande? Est-ce que ça pourrait causer un enjeu de pénurie supplémentaire si des pharmaciens communautaires, disons, là, ont besoin davantage de ressources?

Mme Vaillant (Linda) : À mon avis, ce sont les besoins des patients qui dictent le nombre de professionnels requis, là. Je ne pense pas que ce soient les gestes posés qui vont entraîner une pénurie de main-d'oeuvre. Ce que je veux dire, c'est qu'on a déjà une difficulté à suivre la croissance des besoins, la pharmacothérapie évolue extrêmement rapidement. On a fait, nous, un exercice, dans les dernières deux années, pour... sachant qu'on n'est pas une main-d'oeuvre en quantité tellement importante, on a fait un exercice pour assister les chefs des départements de pharmacie et les pharmaciens à réviser leur propre offre de soins, là, à l'intérieur des établissements et de se dire : Est-ce qu'on est vraiment efficaces? Est-ce qu'on est au meilleur endroit pour s'assurer qu'on donnait les soins et services les plus requis, alors, vraiment là où le besoin est le plus criant? Mais on sait qu'on ne couvre pas l'ensemble des besoins. Qu'il y ait un projet de loi n° 31 ou non, là, on ne couvre pas l'ensemble des besoins.

Alors, aujourd'hui, ce qu'on espère, c'est avoir plus de fluidité dans ce qu'on fait déjà pour peut-être en offrir un peu plus, donc la même chose, à plus de gens, pas plus de gestes. Alors, c'est le même type de gestes encadrés différemment à plus de patients, donc prendre davantage de clientèle en charge. À l'heure actuelle, on va déterminer, par exemple, que, sur une unité de médecine interne, il y a, je ne sais pas, moi, 35 patients, on va identifier, en fonction de plusieurs paramètres, les cinq, six, sept, huit patients qu'on va suivre dans la journée. Les autres, on ne pourra pas nécessairement les voir. On va traiter les ordonnances, mais on ne pourra pas aller au chevet et s'assurer qu'on fait vraiment une validation complète.

Alors, ça, c'est un problème qui va toujours rester vrai. Le projet de loi, à notre avis, est une opportunité de réduire la lourdeur administrative puis de s'assurer que les gestes posés par les professionnels qui sont déjà là sont vraiment le plus efficace possible et directement axés sur les patients.

M. Fortin : O.K. La substitution, vous en avez parlé d'entrée de jeu, là. J'essaie de comprendre, parce qu'essentiellement vous avez parlé du mécanisme par lequel on se trouve à le faire et pour lequel il y a un besoin de régulariser la situation, parce que ça met vos professionnels et d'autres également, là, en situation difficile, disons, en situation... en contravention de certaines réglementations. Mais, pour le patient lui-même, le fait que vous procédiez de la sorte, sans nécessairement avoir le droit de le faire, est-ce qu'il y a un impact pour lui? Est-ce que c'est plus long pour lui? Est-ce qu'il peut avoir son médicament aussi rapidement? Est-ce que vous pouvez me décrire, pour le patient, ce que ça veut dire, ça, et non seulement pour les professionnels?

• (12 h 50) •

M. Paradis (François) : Bien, en fait, pour le patient, il n'y a pas d'impact. Et je vous dirais que c'est le premier critère qu'on regarde quand on prend ce type de mesure là ou toute autre mesure dans le réseau de la santé. Quand on fait des sélections de médicaments, quand on établit nos listes de médicaments dans les établissements, là, ce qui est fondamental, au-delà du coût, là, du médicament, c'est de s'assurer qu'on répond aux besoins des patients. Puis nous, les pharmaciens en établissement de santé, là, c'est notre credo, ça, c'est clair au départ.

Dans le cas de ce dont on parlait, la substitution de médicaments, c'est pour ça que le comité de pharmacologie, ce qu'il va faire, il va dire : O.K., par exemple... là, je ne veux pas rentrer dans les termes trop techniques, mais j'ai une classe d'antibiotiques, qui s'appelle les céphalosporines, bon, bien, cette classe-là, il y a la première génération, la deuxième génération, la troisième génération... bien, il y en a quatre, maintenant, là, et les compagnies, elles... bien, les compagnies vont vouloir avoir peut-être... Moi, j'aimerais ça aller chercher un peu le marché de la première génération, ça fait qu'on va avoir, pour chaque génération, trois, quatre médicaments. Ça ne donne rien aux établissements de santé de garder trois, quatre médicaments de la même sous-classe qui ont les mêmes effets. Peut-être qu'on va en choisir deux, parce que, dans un cas, on peut le donner à tous les... aux patients qui ont des fonctions rénales normales, puis, dans l'autre cas, il va falloir ajuster la thérapie. Mais les choix sont faits, puis après ça, bien, on dit : O.K., là on a la panoplie de ce qu'on a besoin pour traiter nos patients, s'il y a une ordonnance qui vient pour x raisons, mais qui ne fait pas partie de la liste, le pharmacien, d'emblée, lui, de façon automatique, va pouvoir faire la substitution, il n'aura pas besoin de rappeler le médecin. Donc, à quelque part, là, pour le patient, ça permet d'assurer une réponse rapide en temps réel.

M. Fortin : Mais, dans le fond, là, ce que vous nous dites, c'est que notre loi, notre réglementation, la réglementation gouvernementale, là, n'est pas adaptée à ce qui se passe en ce moment sur le terrain.

M. Paradis (François) : Dans ce cas-là, c'est exact, oui.

M. Fortin : Et ça, c'est notre travail, de corriger cette situation-là, là. Mais en même temps est-ce qu'il y a des pharmaciens d'établissement qui refusent de procéder comme ça parce que ça ne suit pas les lois et la réglementation en place, là, ou est-ce que c'est comme ça partout, tout le temps, puis c'est la pratique courante? Mais je me demande s'il n'y a pas des endroits où on se dit : Non, on ne peut pas faire ça comme ça parce que la loi ne le permet pas. Non? O.K.

M. Paradis (François) : Écoutez, à notre connaissance... Moi, en tout cas, moi, dans mon expérience, puis on fait le tour du Québec aussi, là...

Mme Vaillant (Linda) : Ta longue expérience.

M. Paradis (François) : Pardon?

Mme Vaillant (Linda) : Longue expérience.

M. Paradis (François) : Dans ma longue expérience, mais là on est hors d'ordre, M. le Président.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Paradis (François) : Écoutez, moi, je n'ai jamais vu ça. Puis en fait on peut déterminer, à un endroit, qu'il y a une règle de substitution pour telle classe, puis un autre établissement pourrait décider qu'il n'en fait pas, pour toutes sortes d'autres raisons. Mais d'avoir vu des pharmaciens dire : Non, non, moi je ne veux pas aller en prison, là, comme je dis parfois, moi, je n'ai jamais vu ça.

Mme Vaillant (Linda) : Mais, attention, c'est encadré, là, il faut quand même se dire, c'est encadré par le CMDP.

M. Paradis (François) : C'est encadré, oui.

Mme Vaillant (Linda) : Alors, ce n'est pas le pharmacien, ce jour-là, qui décide : Ça va être, aujourd'hui, ces deux-là, puis demain, les deux autres. Il y a vraiment des règles strictes qui sont encadrées, là. À chaque fois qu'on ajoute un médicament au formulaire — le formulaire, c'est notre liste de médicaments, là — c'est réfléchi, c'est encadré, c'est adopté. S'il y a une règle de substitution, elle doit être approuvée aussi par le CMDP, là.

M. Fortin : C'est bon. Ça va pour moi, M. le Président. Je pense que mon collègue a peut-être quelques questions.

Le Président (M. Provençal) : Oui. M. le député de Marquette.

M. Ciccone : Merci, M. le Président. Bonjour à vous deux. Dans le projet de loi n° 31, à l'article 4 — ça fait longtemps, depuis hier je veux poser la question, mais je vais me servir de vous, justement : «1.1. Un pharmacien peut administrer un vaccin à un patient âgé [de moins de 16 ans]», et, selon votre mémoire, je crois que vous saluez, justement, cet article-là. Cependant, vous demandez au gouvernement, à la page 15 de votre mémoire, que ces mesures soient mises en place «dans un cadre souple, sans une multitude de contraintes administratives». Quel genre de contraintes administratives craignez-vous?

Mme Vaillant (Linda) : Le genre ordonnances collectives, là, le genre qu'on vous a décrit, des situations où, parfois, on peut se retrouver avec... Là, on précise que la vaccination peut être donnée, là, à part pour les enfants de moins de six ans, ça, ça va, mais ce qu'on se dit, c'est qu'il faut que ça se fasse d'une manière assez souple. Alors, il ne faudrait pas se retrouver avec, par exemple, un protocole à rédiger de 32 pages qui explique quelle est la situation pour laquelle le patient de huit ans peut le recevoir, et puis est-ce que tu as revalidé ci et ça. C'est vraiment... je pense qu'on est un peu échaudés, peut-être, par les ordonnances collectives, c'est notre crainte. Mais on ne voudrait pas se retrouver avec un guide qui, par la suite... Parce que, nécessairement, il y aura des règlements qui vont découler de certaines dispositions, là, ça fait qu'on veut juste s'assurer qu'on ne se retrouve pas avec un guide qui est tellement compliqué que ça devient inapplicable.

M. Ciccone : O.K., bon, c'est clair. Merci beaucoup.

Mme Vaillant (Linda) : C'est une crainte, là.

M. Paradis (François) : Pour ne pas dire une phobie.

M. Ciccone : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : C'est bon? Je cède la parole au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Merci beaucoup d'être parmi nous. J'entends bien votre préoccupation par rapport à la bureaucratie inutile qui entoure la question des ordonnances collectives, ça doit certainement faire l'unanimité. Est-ce que vous pensez qu'il y a une modification possible à faire au p.l. n° 31 qui pourrait répondre à vos préoccupations ou est-ce que c'est davantage quelque chose qui devrait se modifier par règlement? Est-ce que vous l'avez analysé dans cet angle-là de... J'essaie de voir si on pourrait proposer un amendement qui irait dans le sens de vos recommandations.

Mme Vaillant (Linda) : Notre proposition, essentiellement, c'est qu'il y a une des dispositions du projet de loi qui mentionne que le pharmacien pourra initier, ajuster... je ne me souviens plus trop du libellé, mais après consultation, après demande de consultation, là. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'il ne faut pas que ce soit après demande de consultation strictement. Ça, c'est une des possibilités, une des modalités qui pourraient être mises de l'avant, mais il faut s'assurer aussi d'avoir un cadre qui permette une proactivité. Donc, si un patient a besoin d'un coanalgésique rapidement, il ne faut pas qu'on attende que le médecin nous demande en consultation. Il faut qu'on puisse, nous, dire : Ce patient-là a besoin d'être soulagé maintenant, je veux agir maintenant, pas juste laisser une note puis attendre que le médecin revienne, et tout ça.

Alors, notre proposition, essentiellement, c'est d'avoir un libellé qui permette d'initier, d'ajuster, de cesser des médicaments. Par voie réglementaire, ça nous convient, mais que ça soit par un véhicule ou par un autre, notre proposition était un règlement qui découlerait de la Loi médicale. Que ça vienne par un autre véhicule, honnêtement, c'est la... L'objectif final, pour nous, c'est d'arriver à se débarrasser le plus possible, là, en tout cas, dans les milieux où c'est possible de le faire, des ordonnances collectives. Alors, ce qu'on propose, c'est qu'il y ait un libellé clair qui permette d'initier, d'ajuster et de cesser des médicaments.

M. Zanetti : Je comprends. Donc, vous voulez vous défaire complètement du modèle d'ordonnance collective.

Mme Vaillant (Linda) : Pour nous, ce serait idéal de s'en défaire complètement. Mais évidemment il y a peut-être des milieux où ce serait moins propice, je ne le sais pas, mais ajoutons au moins la possibilité, dans notre coffre à outils, là, d'avoir des pratiques collaboratives dans les milieux qui sont propices à le faire, justement.

M. Zanetti : Et donc il faudrait éliminer... J'ai-tu encore du temps? Il faudrait éliminer toute consultation du médecin pour pouvoir changer un médicament.

Mme Vaillant (Linda) : Bien, je ne pense pas qu'on doive nécessairement l'éliminer. C'est parce qu'il y a des contextes qui sont différents. Il y a peut-être des milieux... Il faut penser que, là, la loi s'applique à tous les milieux, là. Nous, on vous parle pour notre milieu, en établissement de santé. Alors, est-ce que, dans d'autres types de pratique, c'est bien qu'on ait une demande de consultation? Probablement que oui. Mais, nous, ce qu'on dit, c'est : Assurons-nous que, dans le volet établissement de santé ou peut-être ailleurs aussi, ça ne soit pas strictement une demande de consultation. Il peut y avoir demande de consultation, mais il pourrait peut-être y avoir aussi des ententes de pratique collaborative dans d'autres instances, dans d'autres milieux.

M. Paradis (François) : Et il pourrait y avoir une clientèle pour laquelle il n'y a pas eu d'entente de pratique collaborative, mais ce qui n'empêche pas un médecin qui voudrait avoir l'opinion du pharmacien de le demander en consultation. Donc, c'est un peu... Je réfère... L'exemple du coffre à outils, c'est d'avoir la panoplie des outils que... nécessaires.

Le Président (M. Provençal) : Merci. On termine avec le député de Jonquière.

M. Gaudreault (Jonquière) : Oui, merci. Je regarde votre tableau... bien, pas le vôtre, là, mais le graphique sur l'élaboration des ordonnances collectives, j'ai l'impression de voir un jeu de Tetris, là. Puis en plus, s'il faut que... chaque

ligne, il faut envoyer un fax pour que ça marche, là, c'est sûr qu'on n'est pas sortis, là, de l'auberge. Alors, c'est vraiment fascinant. On rit, mais ce n'est pas drôle.

Moi, je voudrais savoir c'est quoi, l'enjeu de la main-d'oeuvre chez les pharmaciens d'établissement. Est-ce qu'il y a aussi des risques de pénurie? Ça, c'est ma première question, puis, je vous le dis tout de suite, je vais en avoir une autre.

M. Paradis (François) : Bien, rapidement, parce que, je pense, on est limités dans le temps, mais, oui, il y a un enjeu de pénurie, d'où, à plus forte raison, la nécessité qu'on puisse tout faire pour se consacrer le plus possible aux soins pharmaceutiques. Mme Vaillant l'a dit, les besoins augmentent.

Mais en même temps, il faut voir aussi, nous, on essaie d'intéresser les jeunes pharmaciens, les étudiants à la pratique en établissement de santé. Le fait de pouvoir faire davantage de soins pharmaceutiques, ça peut représenter un attrait pour eux, parce qu'ils sont formés pour faire ça. Ça fait que, moi, l'exemple que je donne parfois, c'est : si on va dans certaines régions plus éloignées du Québec, où un pharmacien qui va aller travailler dans un établissement de santé va essentiellement faire la majorité de son travail à la distribution, les services de base, ce n'est pas quelque chose qui va l'intéresser vraiment, en tout cas, dans la plupart des cas. Alors, si on est en mesure de mettre en place davantage de soins pharmaceutiques, à ce moment-là, on a des chances d'intéresser les jeunes à aller pratiquer à ces endroits-là.

M. Gaudreault (Jonquière) : Oui. Puis je comprends qu'en contexte de pénurie de main-d'oeuvre c'est les soins qui sont les premiers à souffrir parce que vous vous concentrez sur le service de base, là, le minimum. Donc, est-ce que je comprends bien que votre proposition, au fond, d'initier des thérapies, de mettre de côté un peu plus, là, les ordonnances collectives, initier davantage des thérapies, se concentrer sur les soins, en termes d'efficacité, ça va aussi aider, justement, à compenser cette pénurie de main-d'oeuvre parce que vous allez être plus efficaces, vous allez être capables d'en faire plus pour le bien des patients au lieu de remplir une espèce de Tetris comme ça?

M. Paradis (François) : Oui, c'est exactement le cas. Puis c'est un peu contradictoire, quand vous dites... puis vous le dites bien, de... en situation de pénurie, finalement, ce sont les activités à valeur ajoutée qu'on est obligés de couper. Alors, c'est ça qui est un peu aberrant, malheureusement. Mais effectivement tout ce qu'on peut faire... puis ça, c'est un exemple, si on est capables d'aller réduire le temps consacré aux activités de gestion, d'affaires pharmaceutiques... affaires professionnelles et les réorienter vers les soins pharmaceutiques, bien, on aide nos patients. C'est toujours ça, l'objectif.
• (13 heures) •

Mme Vaillant (Linda) : On estime, à l'heure actuelle, que, selon les milieux, parce que ça varie, là, la situation de main-d'oeuvre n'est pas la même partout puis les établissements ne sont pas les mêmes, là, tout à fait avec les mêmes missions, mais on estime que les pharmaciens passent de 20 % à 45 % de leurs heures travaillées en soins pharmaceutiques. Alors, vous voyez que c'est nettement insuffisant, là. La littérature nous dit qu'on devrait tendre vers 80 % du temps en soins pharmaceutiques. Alors, il y a un réel enjeu, là.

M. Gaudreault (Jonquière) : C'est terminé?

Le Président (M. Provençal) : Oui.

M. Gaudreault (Jonquière) : Bon.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. Paradis, Mme Vaillant, pour votre contribution à nos travaux. La commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 01)

(Reprise à 15 heures)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

Nous poursuivons les consultations particulières et 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.

Cet après-midi, nous entendrons les organismes suivants : le Collège des médecins du Québec et l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec.

Je souhaite la bienvenue aux représentants du Collège des médecins du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé. Merci.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Gaudreault (Mauril) : Bonjour, M. le Président. Je suis Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec. Ça me fait plaisir d'être ici. Je suis accompagné, à ma droite, par le Dr Richard Rouleau, qui est administrateur au conseil d'administration du collège et qui préside le comité conjoint entre le Collège des médecins du Québec et l'Ordre

des pharmaciens du Québec, et de Me Linda Bélanger, directrice adjointe à la Direction des services juridiques du collège, qui suit depuis près de deux décennies l'évolution des lois et règlements professionnels.

M. le Président, Mme la ministre, Mmes et MM. les parlementaires, le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses réflexions concernant le projet de loi n° 31, la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services. Depuis mon élection à la présidence du Collège des médecins du Québec il y a maintenant près d'un an, trois grands objectifs guident mes actions : se rapprocher du public, dont nous devons assurer la protection, assurer la responsabilité sociale des médecins, intensifier la collaboration interprofessionnelle afin d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité dans le respect des compétences de chaque intervenant.

En ce qui concerne le projet de loi n° 31, qui fait l'objet de vos travaux aujourd'hui, je désire d'abord affirmer que le Collège des médecins du Québec est d'accord avec l'objectif poursuivi par le projet de loi et que nous soutenons le gouvernement dans cette démarche visant à élargir les activités réservées aux pharmaciens pour mieux desservir la population. Pour nous, ce projet de loi s'inscrit parfaitement dans la continuité du projet de loi n° 41, entré en vigueur le 20 juin 2015, et qui amorçait cette nouvelle et magnifique collaboration entre les pharmaciens et les médecins. Depuis cette date, nous sommes à même de constater que ces nouvelles activités se déroulent sans problème majeur, comme le comité conjoint de surveillance mis en place à ce moment l'a constaté, et cela nous rassure quant à la pertinence d'aller de l'avant avec le projet de loi actuellement à l'étude.

Je résumerais notre mémoire en trois points importants. Premièrement, la nécessité de permettre aux pharmaciens d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments, ce n'est pas une prérogative sans limites, elle a un but bien précis : l'usage approprié des médicaments dans le champ d'exercice des pharmaciens. Comment, autrement, par exemple, permettre aux pharmaciens de vacciner s'il ne peut évaluer la condition du patient avant de vacciner et de l'évaluer si celui-ci subit des effets secondaires nécessitant une intervention immédiate? Il en va de même de tout médicament. Comment pourrait-il ajuster la thérapie médicamenteuse s'il n'est pas autorisé à faire l'évaluation de la symptomatologie du patient dans ce contexte? On comprend, évidemment, que de tels ajustements doivent se faire obligatoirement en collaboration avec le médecin traitant.

Deuxièmement, pour que l'ajustement de la thérapie médicamenteuse ou la modification d'une ordonnance prévues aux alinéas 5° et 7° de l'article 17 de la Loi sur la pharmacie se traduisent en bénéfices pour le patient et ne présentent pas de risques, cinq conditions gagnantes, à notre avis, doivent être réunies : la modification d'une ordonnance médicamenteuse doit se faire dans le cadre d'une collaboration étroite entre les professionnels impliqués dans le suivi du patient, les professionnels doivent s'assurer de ne pas créer une insécurité chez le patient devant des recommandations contradictoires, les objectifs thérapeutiques doivent être connus, et les professionnels doivent utiliser les mêmes normes pour l'ajustement, le pharmacien doit disposer de l'ensemble des informations nécessaires à l'ajustement de la thérapie et, finalement, une communication efficace doit s'établir entre les professionnels qui collaborent au suivi afin que la responsabilité de chacun soit établie. Actuellement, les deux ordres, à savoir le collège et l'Ordre des pharmaciens, collaborent à l'élaboration d'une réglementation et de guides de pratiques qui, je pense, permettront de réunir ces conditions gagnantes.

Troisièmement, si le pharmacien doit pouvoir ajuster la thérapie médicamenteuse, il doit aussi pouvoir prescrire des analyses de laboratoire ou d'autres tests, disposition prévue à l'alinéa 10° de l'article 17. Ceci implique, évidemment, de pouvoir interpréter les résultats en conséquence. Le succès de l'orientation proposée par le projet de loi repose sur un prérequis essentiel, cependant : la bonne communication entre les professionnels. Je pense qu'on n'en discutera, on ne le dira et on n'appuiera jamais assez là-dessus.

Comme vous le constaterez, les deux ordres professionnels, à savoir les médecins et les pharmaciens, font la promotion d'une collaboration interprofessionnelle du XXI^e siècle, amorcée avec le projet de loi n° 90 en 2003. Malheureusement, je dois vous dire que les outils mis à la disposition des professionnels, actuellement, datent, eux, du XX^e siècle. Il s'agit, vous l'aurez tous compris, du fameux télécopieur. Il est maintenant de la responsabilité du gouvernement de mettre à niveau les outils de communication interprofessionnelle pour que les objectifs d'efficacité et de sécurité pour les patients puissent être atteints.

En conclusion, le Collège des médecins du Québec est favorable au projet de loi n° 31 comme une continuité logique du projet de loi n° 41, entré en vigueur en 2015. Ce projet de loi ne pourra cependant atteindre ses objectifs que si la communication interprofessionnelle et les outils pour la favoriser sont rehaussés pour faciliter un véritable partenariat entre médecins et pharmaciens. Je vous remercie de nous avoir permis de partager nos commentaires avec vous, et il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci, docteur, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange avec Mme la ministre. Je vous cède la parole, Mme la ministre.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, Dr Gaudreault. C'est un plaisir de vous revoir aujourd'hui et, vraiment, de saluer le travail que vous faites, actuellement, dont vous avez parlé dans votre présentation. Je veux aussi saluer Dr Rouleau et Me Bélanger, là, qui sont avec vous.

Evidemment, ça va être intéressant de vous entendre davantage sur ce que vous amenez aujourd'hui, Dr Gaudreault, qui est fondamental dans ce qu'on veut faire, de la réforme d'accès qu'on veut faire, qui demande un travail interprofessionnel plus accentué. Et on a eu des présentations, des échanges avec d'autres groupes, ce matin et aussi hier, et il y a quelques points qui ont été soulevés, sur lesquels j'aimerais vous entendre, justement pour favoriser cette pratique interprofessionnelle. Et une des clés, vous en avez parlé, c'est le travail conjoint, très rapproché que vous faites, actuellement, avec l'Ordre des pharmaciens, notamment pour vous entendre sur des guides de pratiques, donc un cadre qui vient vraiment accompagner, hein, les professionnels sur le terrain.

Donc, évidemment, j'aimerais vous entendre davantage sur votre vision sur ce qui se passe, actuellement, au niveau du travail de collaboration qui se fait entre pharmaciens et médecins, mais aussi comment le projet de loi n° 31 va nous amener plus loin. Et je vais vous poser une sous-question là-dessus, parce que, ce matin, on nous a parlé des ordonnances collectives, et moi, je voulais vous demander : Vous, est-ce que vous avez une vision là-dessus? Parce que les ordonnances collectives, ça fait aussi longtemps que ça existe, cette façon de faire. Est-ce que vous, vous avez une vision, là-dessus, qui... Bon, on parle de pratiques collaboratives qui feraient en sorte que, ce processus qui est quand même lourd, hein, qui a été élaboré il y a longtemps, on puisse le remplacer par un processus qui soit dans les règles de l'art mais qui soit allégé.

• (15 h 10) •

M. Gaudreault (Mauril) : Je vais simplement donner un début de réponse, mais, pour parler plus de ce sujet-là, je vais demander à Me Bélanger de compléter. Mais, moi, ce que je vais vous dire, c'est la vision que j'ai de cela, O.K., par rapport à la collaboration interprofessionnelle. Comme vous savez, je suis en pleine année de consultations avec divers citoyens, divers acteurs, divers professionnels, divers médecins par rapport à me rapprocher... à rapprocher le collège du public, par rapport à la perception que les gens ont du collège, et, à chaque fois que je rencontre des gens, on parle de collaboration interprofessionnelle, et j'ai comme l'impression que, selon la personne qui parle, il y a une définition différente de la collaboration interprofessionnelle. Donc, ce que je vais souhaiter, avec les ordres avec lesquels nous travaillons, particulièrement de la santé, va être vraiment de s'entendre sur ce qu'est... comment on voit, comment on considère, comment on voit la vision que nous avons, en 2019 et par la suite, de la collaboration interprofessionnelle. Parce que, vous m'avez compris, je l'ai dit souvent, la seule façon, à mon avis, à partir de maintenant, d'améliorer les soins des services à notre population, c'est en collaborant ensemble, médecins et tous les autres professionnels de la santé, pour atteindre cet objectif-là.

Mais, pour ce qui est des ordonnances collectives mais aussi de ce qui se passe au comité conjoint, les deux personnes qui sont avec moi font partie intégrante du comité conjoint entre l'ordre et le Collège des médecins, et je vais leur demander de compléter.

Mme Bélanger (Linda) : Bien, en fait, c'est certain que l'ordonnance collective, c'est un outil. Je pense que le projet de loi n° 31 permet d'aller plus loin parce qu'il permet au pharmacien et au médecin de travailler en collaboration sans avoir à élaborer cette ordonnance collective là, en travaillant avec des cibles qui vont être connues. Le projet prévoit également qu'il y aura des règlements qui pourront prévoir les modalités de communication. Et ce qu'on travaille, présentement, avec l'Ordre des pharmaciens, c'est qu'on peut aller avec un partenariat entre le médecin et le pharmacien pour permettre d'ajuster, justement, la thérapie médicamenteuse sans qu'il y ait besoin d'élaborer l'ensemble de ce que vous avez déjà vu, là, qui peut être parfois long et fastidieux comme processus. Dr Rouleau pourrait vous donner des exemples, là, concrets, cliniquement, qu'est-ce qu'on peut faire pour aller plus loin.

M. Rouleau (Richard) : Bien, les ordonnances collectives remplissent quand même un outil intéressant pour des pathologies simples, par exemple une infection urinaire avec une condition très précise, qui nous aide là-dedans. Le nouveau projet de loi va beaucoup plus loin que ça. C'est un projet passionnant puis c'est un projet auquel on croit, au Collège des médecins. Il y a vraiment trois niveaux de partenariat, là, trois cercles concentriques dans lesquels le pharmacien va pouvoir jouer son rôle. Tout d'abord, prescription immédiate sur-le-champ. Par exemple, pour une erreur manifeste de dosage, Richard Rouleau s'est trompé sur la dose, il a pesé... il s'est trompé dans son calcul, le pharmacien peut changer la dose immédiatement, en avisant gentiment le médecin par la suite. Ça, ça existe déjà dans 41 puis ça va continuer à exister.

Ce qui est intéressant, par la suite, c'est les offres de partenariat qu'on peut avoir ensemble. Ils ont un cercle plus grand. Une prescription pour une maladie chronique, quelque chose qui va s'étendre dans le temps, un problème de glande thyroïde, un problème de diabète, un problème d'hypertension, le médecin, dans son cabinet, pourra prescrire une médication et, sans passer par une ordonnance collective extrêmement contraignante, on s'entend sur l'ajustement d'une certaine partie de la thérapie : Vous vous occupez, M. le pharmacien, de l'équilibre des médicaments pour la nausée, les effets secondaires de la chimiothérapie, puis on s'entend là-dessus, le pharmacien agit de façon complètement autonome, et le médecin s'occupe d'autres problématiques. C'est un exemple dans lequel je vois vraiment où un plus un font trois pour le patient, parce que le projet de loi de cette façon-là, ça va vraiment élargir la situation.

Et puis l'autre grand projet de coopération, c'est dans les milieux où il y a un contact étroit entre le médecin et le pharmacien dans une équipe traitante. Les pharmaciens, hier, ont parlé de l'exemple de l'hémo-oncologie, mais on peut penser à la dialyse, on peut penser aux soins intensifs. C'est tous des endroits où les gens se côtoient régulièrement, et, sans passer par une ordonnance collective extrêmement contraignante, on s'entend sur l'ajustement d'une certaine partie de la thérapie : Vous vous occupez, M. le pharmacien, de l'équilibre des médicaments pour la nausée, les effets secondaires de la chimiothérapie, puis on s'entend là-dessus, le pharmacien agit de façon complètement autonome, et le médecin s'occupe d'autres problématiques. C'est un exemple dans lequel je vois vraiment où un plus un font trois pour le patient, parce que le résultat global, là, devrait être encore plus avantageux que deux personnes qui pratiquent en silo.

Mme McCann : Merci. Puis, justement, j'ai posé la question, on a posé la question à plusieurs intervenants, groupes qui sont venus nous voir, c'est une question fondamentale, là. Vous, votre vision... le projet de loi n° 31, ce que vous êtes... que vous travaillez en pratique collaborative, actuellement, comment vous voyez l'impact au niveau de la première ligne, les conditions mineures, ce qu'on appelle les conditions mineures? Peut-être, vous avez d'autres terminologies, là, Dr Gaudreault, mais pour nous expliquer votre vision à vous, là. Ce qu'on est en train de faire, ce que vous êtes en train de faire avec le projet de loi n° 31, comment ça va avoir un impact sur les services de première ligne aux patients, aux citoyens? On sait, tout le monde, qu'il y a trop de gens, encore, qui vont à l'urgence ambulatoire. Malheureusement, l'offre de services,

il y a des difficultés, là, au niveau de la première ligne. Il y a des gens qui attendent, sur un guichet d'accès, d'avoir accès à un médecin de famille. Comment vous voyez que ce projet de loi... il ne va pas tout résoudre, évidemment, mais va avoir un impact sur les services de première ligne?

M. Gaudreault (Mauril) : Là encore, je vais donner la parole, peut-être, à mes collègues, mais, moi, ma petite idée là-dessus, c'est un accès plus rapide par rapport au patient qui ressent peut-être un désagrément depuis qu'il prend tel ou tel médicament, qu'il n'ait pas besoin d'attendre le prochain rendez-vous avec son médecin pour aller en parler avec un professionnel, qui, en principe, connaît les médicaments mieux que le médecin qui les a prescrits, hein? C'est ça, les compétences de chacun, à mon avis. Et donc il pourra en parler au pharmacien, qui pourra soit recommuniquer avec le médecin traitant, soit procéder déjà à un ajustement de la médication. Ça fait que, pour moi, j'y vois là un accès amélioré, certainement, pour le patient par rapport à cela et également pouvoir partager le ressenti de tel ou tel symptôme avec le professionnel de la médication qu'est le pharmacien au lieu d'attendre son prochain rendez-vous ou d'en demander un avec son médecin traitant pour partager cela. À mon avis, il y a là une amélioration importante des soins de première ligne. Je ne sais pas si vous voulez compléter, là, mais...

M. Rouleau (Richard) : Bien, très rapidement, il y a... bon, la pratique collaborative va évidemment sauver du temps au médecin. Dans les conditions qui ne nécessitent pas un diagnostic, il y a plusieurs choses. La prophylaxie de la diarrhée du voyageur, c'est quelque chose qui demande du temps, faire des prescriptions, ça fait que c'est sûr que ça libère du temps. Évidemment que ce n'est pas notre dossier, mais évidemment que la possibilité... Est-ce que le patient aura à payer pour la prescription pour la diarrhée du voyageur ou pas? C'est un petit pépin concernant le choix de quel professionnel le patient va choisir. Mais, au-delà de ça, dans les conditions mineures, puis tout ça, dans les règlements, vous allez voir qu'il y a réellement des situations où on va pouvoir vraiment aider la population puis, dans certains cas, même possiblement sauver des vies.

Mme McCann : Merci. On a eu la présentation de la Fédération des médecins omnipraticiens hier, et la recommandation qui nous a été faite dans le mémoire, d'ailleurs, puis le président nous a expliqué sa vision là-dessus, était non pas de parler de l'évaluation physique ou mentale d'un patient mais plutôt de l'évaluation sommaire physique et mentale du patient. Vous ne faites pas cette recommandation-là, au niveau du Collège des médecins. Pouvez-vous nous éclairer là-dessus?

• (15 h 20) •

M. Gaudreault (Mauril) : Je vais apprécier qu'ils m'expliquent ce qu'ils veulent dire, parce que je ne sais pas trop ce qu'ils veulent dire par rapport à cela, honnêtement, là. Mais, je l'ai dit d'entrée de jeu tout à l'heure, nous, on est d'accord avec ça, ce terme-là, d'évaluation. Et, je vous le rappelle, là, ce n'est pas une prérogative sans limites, elle a un but bien précis, ça concerne l'usage approprié des médicaments dans leur champ d'exercice, les pharmaciens. Je n'ai pas besoin d'appeler ça sommaire, moi. Le pharmacien, c'est un professionnel, comme nous, et, comme tout professionnel, moi, je n'ai pas à juger de sa compétence. Il est compétent, il respecte un code et va agir selon le champ de pratique qu'il a. Je n'ai pas, moi, comme médecin, à douter de cela. Donc, pour moi, il s'agit d'une évaluation, tout à fait, de la condition physique et mentale dans le cadre de son champ de pratique, qui est l'usage approprié des médicaments. Je ne sais pas si ça répond, là, mais je ne pourrais pas vous définir ce qu'il voulait dire par sommaire.

Mme McCann : Oui, mais je voulais vous entendre là-dessus, là, parce que ça a quand même été un point qu'on a discuté quelques minutes, là, pour bien comprendre. Puis je pense que la distinction, au fil des échanges qu'on a avec différents groupes, entre l'évaluation physique, et ce qui est dit dans le projet de loi, et un diagnostic, c'est deux choses différentes.

M. Gaudreault (Mauril) : Je ne pense pas qu'on parle de ça. Je pense qu'on ne parle pas d'une évaluation comme celle que le médecin ou que l'infirmière praticienne spécialisée va faire. On parle d'une évaluation qui est conforme au champ de pratique de ce professionnel qu'est le pharmacien.

Mme McCann : Je voulais vous demander également, justement, au niveau, là, du projet de loi, on parle bien que le pharmacien pourra «prescrire et interpréter non seulement des analyses de laboratoire mais tout autre test, aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse». La question que je vous poserais : Est-ce qu'il pourrait y avoir un risque de dédoublement de tests qui sont faits, par exemple, par le médecin de famille puis qui vont être faits par le pharmacien? Dans votre vision, là, du projet de loi, est-ce qu'il y a un risque de dédoublement ou de surprescription de tests, là, dans le cadre de ce projet de loi?

M. Gaudreault (Mauril) : Je reviens là-dessus, ça va marcher uniquement si la communication est bonne. Si la communication est bonne, si ce monde-là se parle... Ce n'est quand même pas compliqué, de se parler. On a toutes sortes de moyens de communication en 2019, puis on dirait que c'est moins facile qu'avant de se parler. Mais cela, c'est une idée personnelle, excusez-moi, je n'aurais pas dû dire ça. Mais ça va marcher si on communique comme il faut, si le médecin et le pharmacien se parlent. Et je pense que notre défi, là, à tous, là, il est là, de faire en sorte que les communications soient faciles. Et, à ce moment-là, je n'ai pas de doute à l'effet qu'il n'y en aura pas, de surprescription et de dédoublement, mais c'est sûr qu'il faut communiquer, par exemple.

Mme McCann : Il faut communiquer, c'est un point majeur que vous faites, aujourd'hui. Qu'est-ce qui va inciter davantage... Puis on parle aussi de moyens technologiques, j'ai bien compris ce que vous avez dit tout à l'heure, à peu près

tout le monde en a parlé aussi, et je comprends très bien, d'éliminer le télécopieur. Mais, à part les moyens technologiques, qu'est-ce qui va inciter pharmaciens, médecins à communiquer le mieux possible?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, qu'est-ce qui va inciter? À mon avis, c'est le bien du patient qui va inciter à communiquer le mieux possible. On fait ça pour eux autres, là, on fait ça pour le patient, la patiente, tu sais, c'est... Mais je pense qu'il faut s'entendre sur cet objectif commun de travailler pour le patient qui est devant nous.

Et la façon avec laquelle on va communiquer, ce n'est pas moi qui vais vous le dire, là, mais c'est plus, ensemble, d'imaginer ou de mettre en pratique des moyens technologiques qui existent déjà, mais surtout, surtout, de toujours avoir en tête que le patient, il est suivi notamment par deux professionnels que sont le pharmacien et le médecin et qu'on doit poursuivre le même objectif. C'est pour ça que je disais... «Les objectifs thérapeutiques doivent être connus et les professionnels doivent utiliser les mêmes normes pour l'ajustement», ça, c'est bien important, quand on dit ça, dans notre mémoire, par rapport à cela. Et ça, ce n'est pas moi qui le dis, là, c'est les membres du comité conjoint qui ont travaillé là-dessus. Mais évidemment il faut s'entendre sur les termes et les façons de les définir.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Je cède la parole au député de Pontiac, qui est le porte-parole de l'opposition officielle. À vous la parole.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Bonjour, Dr Gaudreault, Mme Bélanger et Dr Rouleau. Juste pour revenir sur des propos qui, peut-être... les propos de la FMOQ pour lesquels vous avez peut-être besoin de clarification, là. Je les ai devant moi puis je vais vous demander juste... Parce qu'il y a vraiment deux avis très différents, dans vos mémoires, par rapport à la capacité ou les compétences du pharmacien. Si je lis votre mémoire, je lis : «Le Collège [des médecins] est d'avis que le pharmacien possède les compétences requises pour évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'ajuster la thérapie médicamenteuse...» Donc, vous ne voyez pas de problème, puis c'est ce que vous nous avez répété.

Quand je regarde le mémoire de la FMOQ, on nous dit : «Bien entendu, la fédération trouve tout à fait normal qu'un pharmacien puisse questionner sommairement un patient afin de s'assurer qu'il fera un usage approprié des médicaments qui lui ont été prescrits. C'est d'ailleurs ce que les pharmaciens ont essentiellement pour objectif. Les pharmaciens, de leur propre aveu, n'ont pas la formation requise pour réaliser pleinement un examen physique ou mental.»

De votre côté, de ce que vous connaissez de la formation des pharmaciens, est-ce qu'ils ont ces compétences-là, ces expertises-là, ce que la FMOQ ne semble pas reconnaître?

M. Gaudreault (Mauril) : Moi, je pense qu'ils ont cette compétence-là, dans le sens d'évaluer au sujet de l'usage approprié du médicament. Et, je le redis, il ne s'agit pas, pour nous, d'une évaluation qui consiste à porter un diagnostic comme le médecin peut le faire ou l'infirmière praticienne spécialisée peut le faire... pourra le faire. Mais, à mon avis, il s'agit de toujours, toujours... Le patient, il prend un, deux, trois, quatre, cinq, six médicaments, et c'est d'évaluer ça par rapport à la condition physique et mentale du patient en question, par rapport à son usage approprié. Je ne sais pas, moi, a-t-il, exemple... ce qui me vient rapidement en tête, là, est-ce qu'il a un doute, le pharmacien, sur l'aspect des facultés cognitives du patient pour utiliser ces cinq ou six médicaments? Moi, je pense que, ça, il peut... il a la capacité, il a la compétence pour évaluer cela, à ce moment-là.

Bien là, à nouveau, je dis qu'il ne s'agit pas de porter un diagnostic. Je pense que c'est ça qui est un peu... On va utiliser ça comme il faut, les termes, là. C'est ça qui tourmente la FMOQ, par rapport à la possibilité d'ouvrir la porte au pharmacien pour qu'il puisse éventuellement poser des diagnostics. Ce n'est pas de ça qu'on parle.

M. Fortin : Je pense que vous avez raison. Je vais changer de sujet. Plus tôt aujourd'hui, on a entendu, et ça fait quelques fois qu'on l'entend, là, ce qui se passe quand un médecin prescrit un médicament qui est en rupture de stock ou qui n'est plus disponible depuis un certain temps. Essentiellement, le patient va se présenter à son pharmacien et il va dire : Bien, j'aimerais trouver un... ou j'aimerais changer ça. Pas toujours possible, il va falloir tenter de retracer le médecin en question pour voir s'il peut changer sa prescription.

Il y a beaucoup de choses que le projet de loi n° 31 vient régler de tout ça, mais est-ce qu'il n'y a pas, à la base, selon vous, là, parce que... Vous qui êtes médecin, qui avez pratiqué pendant de nombreuses années, est-ce qu'il n'y a pas un moyen où on pourrait informer les médecins de ce qui est disponible et ce qui n'est pas disponible, là? Des médecins qui prescrivent encore des médicaments qui n'existent plus sur le marché depuis des mois, je trouve ça particulier, et ça cause, pour le patient, toutes sortes d'enjeux. Ça va causer, pour le pharmacien, du travail additionnel. Ça va probablement causer, pour le médecin, du travail additionnel aussi. Alors, est-ce qu'il n'y a pas un moyen plus simple, à la base, pour que le médecin, ou sa clinique, ou son GMF, ou l'hôpital sache qu'est-ce qui est disponible sur le marché à un moment donné?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, là encore, on parle des communications entre les deux professionnels, mais on parle aussi de formation continue. Donc, on a des exigences de développement professionnel continu, maintenant, au collège par rapport à cela, et tout cela dans but d'assurer une médecine de qualité pour notre population.

M. Fortin : Est-ce qu'elles sont suffisantes, vos exigences de formation continue?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, à notre avis, oui, là, mais, ça, on pourra toujours en discuter.

M. Fortin : Mais, au niveau des produits comme tels, au niveau des médicaments, des prescriptions, qu'est-ce que vous avez comme exigences particulières pour savoir ce qui est encore disponible et ce qui n'est plus disponible?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, je ne pourrais pas m'étendre là-dessus, mais simplement vous dire que, si la communication entre les deux professionnels est bonne, le médecin qui semble avoir peut-être quelque chose à rattraper par rapport à cela, bien, pourra se le faire dire par le pharmacien en question. C'est là la beauté du partenariat.

M. Fortin : Non, je comprends, dans les échanges un à un, un pharmacien, un médecin, je comprends votre point de vue. J'essayais de voir s'il n'y avait pas un mécanisme en amont qui pouvait être plus simple pour tout le monde, mais je comprends que ça...

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, ça aussi, ce partenariat-là pourra faire ressortir, peut-être, des besoins de formation plus grands par rapport à la communauté médicale, je ne sais pas, là, là. Je ne pense pas de dire n'importe quoi, là, mais on n'a pas évalué cela, nécessairement.

• (15 h 30) •

M. Fortin : O.K. M. le Président, je sais mon collègue a quelques questions pour le Dr Gaudreault, alors juste un dernier point que je veux faire en terminant, et je tiens à vous le dire à caméra fonctionnelle, là, je dois souligner l'ouverture que vous avez depuis votre arrivée au Collège des médecins, là. La collaboration à laquelle vous avez fait référence, elle est évidente, on le sent de votre part. On le sent, que vous voulez collaborer avec l'ensemble des professionnels, que le médecin veut être un partenaire dans la réussite du système de santé, et je vous en félicite, Dr Gaudreault.

M. Gaudreault (Mauril) : Merci.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Marquette.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Dr Gaudreault, Dr Rouleau, Me Bélanger, bonjour.

Hier, on a parlé, justement, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, et ils soulevaient un élément, et je vais les citer, là : «Pourquoi les pharmaciens peuvent-ils à la fois prescrire, vendre et administrer des médicaments sans que la question du conflit d'intérêts n'intervienne?»

Si on se réfère à la Loi sur l'assurance maladie, à l'article 22, je vais vous lire un passage : «Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé.» Ça, ça vous empêche de, justement, prescrire, vendre et administrer, est-ce que je me trompe?

M. Gaudreault (Mauril) : Là, on parle de déontologie, hein? Mon experte...

M. Ciccone : Oui, bien, c'est ça, mais c'est parce qu'on faisait la référence à l'effet qu'ils trouvaient ça dommage que... les omnipraticiens, ils trouvaient ça dommage que les pharmaciens puissent maintenant le faire avec le projet de loi n° 31 et qu'eux, les médecins, ne peuvent pas le faire. Mais moi, je veux vous entendre là-dessus. Qu'est-ce que vous en pensez, justement, d'être capables de prescrire, d'administrer ou de vendre un produit?

M. Gaudreault (Mauril) : Veux-tu dire un mot?

Mme Bélanger (Linda) : En fait, il y a une nuance à apporter. En termes de déontologie, ce n'est pas interdit, en vertu du code de... Là, je comprends que vous parlez de la Loi sur l'assurance maladie. Le code de déontologie n'interdit pas aux médecins de vendre et de prescrire lorsqu'il administre lui-même le médicament ou l'appareil, si c'est pour installer un appareil, donc il peut le vendre aussi.

Par contre, ce dont vous parlez, c'est plus ce qu'on parlait, là, les frais accessoires. Donc, dans ce cas-ci, effectivement, si c'est couvert par le régime, le médecin ne peut pas recevoir des honoraires pour... il ne peut pas réclamer des frais accessoires. Par contre, si c'est des vaccins qui ne sont pas couverts par le régime, il pourrait les facturer et les administrer parce que le code de déontologie ne l'empêche pas de facturer un produit qu'il administre lui-même si ce n'est pas empêché par la Loi sur l'assurance maladie.

M. Ciccone : Parce que ce qu'on semblait dire hier, des omnipraticiens, c'est que, un, quand il y a un vaccin à administrer, là, on va prendre le patient, on va dire : Bien, va acheter le produit à la pharmacie et vous devez revenir par la suite pour vous faire administrer, justement, ce vaccin-là. C'est ce qu'on semblait dire hier, des omnipraticiens.

Mme Bélanger (Linda) : Oui, il y a un enjeu, aussi, de conservation de ces vaccins-là.

M. Ciccone : C'est ça.

Mme Bélanger (Linda) : La chaîne de froid, aussi, qui peut encourir des frais si c'est un médecin qui doit conserver, dans un frigo, plusieurs vaccins, puis les administrer au moment où les patients les demanderaient. Et c'est sûr qu'ils ne pourraient pas réclamer des frais pour couvrir ces...

M. Ciccone : Mais trouvez-vous qu'avec la loi n° 31, justement, les pharmaciens ont une plus grande latitude que vous, les médecins, n'avez pas au niveau de l'administration des vaccins?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, honnêtement... je ne sais pas si je vais répondre à votre question, mais honnêtement, je veux dire, j'aime mieux voir les médecins pratiquer la médecine que de donner des vaccins. Ça, c'est clair, hein, on s'entend là-dessus, tu sais. Puis le temps de donner des vaccins pris... je ne dis pas que le pharmacien, nécessairement, a plus de temps pour ça, là, mais je pense que... moi, je suis là pour le Collège des médecins, j'aime mieux voir des médecins pratiquer la médecine que de donner des vaccins. Mais je ne sais pas si ça répond à votre question, mais c'est ça.

M. Ciccone : C'est bien. Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Je vais céder la parole au député du deuxième groupe d'opposition, alors le député de Jean-Lesage va vous questionner.

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Merci beaucoup pour votre présence. Dans votre rapport, la deuxième recommandation vise à retirer le mot «interpréter» à la phrase «prescrire des analyses de laboratoire et d'autres tests, aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse». Donc, au lieu de «prescrire et interpréter», c'est «prescrire» seulement. Est-ce que vous pouvez nous expliquer pourquoi?

Mme Bélanger (Linda) : En fait, dans toutes les autres lois professionnelles, lorsqu'un professionnel est autorisé à prescrire, on n'est jamais venu préciser qu'il y avait droit d'interpréter parce que c'est inclus, en termes de responsabilité professionnelle. Si un professionnel a la formation pour prescrire, ça veut dire qu'il a également la formation pour comprendre le résultat qu'il va recevoir. Autrement, il pourrait prescrire et ne pas savoir quoi faire avec les résultats, et ça, ce ne serait pas acceptable, d'un point de vue de responsabilité professionnelle.

M. Zanetti : Donc, c'est essentiellement une modification que vous suggérez pour l'élégance de la formulation.

Mme Bélanger (Linda) : La cohérence des lois, puisque les autres lois n'ont pas cette précision-là et que, tous les autres professionnels qui prescrivent, on considère... et, depuis le projet de loi n° 90, on a toujours interprété qu'ils pouvaient également interpréter les ordonnances, le résultat, là, de ce qu'ils avaient prescrit.

M. Zanetti : Et est-ce qu'il y a, selon vous, des risques clairs à laisser ce mot-là dans la formulation actuelle?

Mme Bélanger (Linda) : Ça pourrait entraîner une confusion quant à la portée de l'activité pour tous les autres professionnels qui ne peuvent que prescrire et qui n'ont pas le mot «interpréter». Est-ce que ça voudrait dire qu'eux, ils ne peuvent pas interpréter?

M. Zanetti : Parfait. Merci. Je vous remercie. S'il me reste du temps, je peux peut-être le donner au collègue de Jonquière.

Le Président (M. Provençal) : On ne peut pas, il faut toujours avoir le consentement. Mais je suis quand même souple, oui. Alors, M. le député de Jonquière.

M. Gaudreault (Jonquière) : Merci. Je suis bien fier que le président du Collège des médecins soit un Gaudreault du Saguenay...

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Gaudreault (Jonquière) : ...mais je vous avertis, il n'y a pas de conflit d'intérêts, on n'est pas parents. On a déjà cherché un peu, peut-être, les...

Une voix : ...

M. Gaudreault (Jonquière) : Chauvinisme du Saguenay bien connu.

Je voudrais savoir ce que vous pensez d'une déclaration de la FMOQ, hier, qui est venue nous dire qu'il pouvait avoir des risques de conflit d'intérêts chez les pharmaciens entre la vente de vaccins et la vaccination, donc s'ils ont l'autorisation de vacciner, mais en même temps ils vendent des médicaments. Alors, qu'est-ce que vous dites ou qu'est-ce que vous répondez là-dessus?

M. Rouleau (Richard) : Merci, M. le Président. L'exemple qui m'est venu en tête, c'est ce que je dis à mes étudiants en médecine quand je les rencontre : 3 % des gens qui viennent nous rencontrer sont potentiellement des fraudeurs, mais on ne peut pas empêcher de faire de la bonne médecine aux 97 % autres. Ça fait que je vois ça un peu de la même façon. Il y a un risque, je fais confiance en l'Ordre des pharmaciens pour prendre en charge ce problème-là, mais on ne peut pas priver 97 %, 99 % de la population d'une bonne loi, d'une possibilité de donner un vaccin qui sauve les vies à la population en général.

M. Gaudreault (Jonquière) : Parfait. Maintenant, depuis le début de votre présentation, vous nous dites à plusieurs reprises : Ça passe par les communications, ça nous prend des bonnes communications, il faut qu'on communique entre médecins et pharmaciens. D'accord, moi, je suis favorable à cela, mais comment, plus concrètement, là? Et est-ce qu'on devrait amener des modifications même dans le projet de loi pour préciser ça? Et, si le projet de loi est adopté à la fin de la session parlementaire ou au printemps, du jour au lendemain, là, comment... Ce n'est pas par l'effet de l'adoption d'un projet de loi, pouf! tout le monde va se mettre à communiquer parfaitement, là, donc qu'est-ce que ça prend de plus, là, pour mieux communiquer?

M. Gaudreault (Mauril) : Bien, peut-être au niveau de tout ce qui... peut-être au niveau de la réglementation, ça peut être plus précisé et non pas nécessairement au niveau de la loi, peut-être. Mais évidemment c'est plus facile à dire qu'à faire, hein, de mieux communiquer, puis c'est là notre défi, tous ensemble, par rapport à faire en sorte qu'on communique mieux, au niveau des deux professionnels dont on parle, là, mais on pourrait parler de tous les professionnels, hein, vous savez. Donc, moi, oui, c'est sûr que c'est un défi sur lequel nous allons, tous ensemble, travailler, mais bien le définir dans une réglementation, bien, peut-être, au niveau des travaux, les deux ordres, ils pourront se pencher plus là-dessus, mais...

Mme Bélanger (Linda) : En fait, on est déjà en travail avec l'Ordre des pharmaciens pour... parce que les activités que vous avez dans le projet de loi sont à la condition qu'il y ait un règlement qui définit les conditions et modalités d'exercice de ces activités-là. Donc, on est déjà en train de travailler à l'élaboration de ces règlements-là. Il y en a déjà qui existent entre les deux ordres, on est en train de les bonifier, de les modifier en concordance avec ce qui est travaillé ici. Donc, on va déjà être prêts, au moment où la loi va être sanctionnée, à mettre en place des nouvelles dispositions réglementaires qui vont prévoir dans quel cadre ces échanges-là vont se faire.

Également, il y aura des guides d'exercice qu'on travaille aussi en collaboration puis qu'on pourra diffuser à nos membres sur nos sites Web pour les informer de comment ça peut atterrir concrètement, là, dans les cabinets puis dans les officines des pharmaciens.

M. Gaudreault (Jonquière) : Il me reste du temps?

Le Président (M. Provençal) : Le temps est écoulé, déjà. Je remercie les Drs Gaudreault, Rouleau et Me Bélanger pour leur contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre au prochain groupe de prendre place.

(Suspension de la séance à 15 h 40)

(Reprise à 15 h 42)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé.

Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ)

M. Mousseau (Hugues) : M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. les députés, merci beaucoup de nous accueillir ici dans le cadre de ces consultations visant l'accès à des services de santé de qualité. Mon nom est Hugues Mousseau, je suis directeur général de l'Association des bannières et de chaînes de pharmacies du Québec. M'accompagne aujourd'hui Denis Roy, président de notre association et pharmacien.

Notre association réunit les chaînes et bannières Accès pharma chez Walmart, Brunet, Familiprix, Jean Coutu, Pharmaprix, Proxim et Uniprix. Elle a pour mission première de permettre aux pharmaciens communautaires de jouer un rôle clinique incontournable pour la santé de la population. En ce sens, le projet de loi s'inscrit pleinement dans la lignée de nos ambitions et de notre vision, et nous le saluons.

Sur une base individuelle, le rôle des chaînes et bannières est d'abord et avant tout de soutenir les équipes pharmacie au niveau de toutes les activités ne requérant pas le jugement professionnel des pharmaciens. Nous visons l'efficacité des processus pour que le pharmacien consacre son expertise à l'usage approprié des médicaments.

Certains députés et représentants du MSSS qui sont ici aujourd'hui se souviendront du projet de loi n° 41, adopté en 2011 et implanté en 2015. Malgré les avancées, cette initiative s'est avérée connaître un succès de déploiement mitigé, notamment en raison de sa portée limitée, du fardeau administratif trop contraignant de même qu'à cause des barrières financières imposées par la franchise/coassurance, dont on a parlé, et un facteur, évidemment, toujours d'actualité, qui doit être éliminé.

À titre d'exemple de ce qu'engendre cette barrière, moins de 1 % des personnes atteintes d'hypertension artérielle bénéficient de l'expertise d'un pharmacien pour prendre en charge l'ajustement de leur dose de médicament comme c'est permis depuis 2015. Il s'agit là d'un pourcentage inquiétant, considérant que moins d'une personne hypertendue sur deux a un contrôle de sa pression lui permettant d'éviter des complications comme l'infarctus ou l'AVC. Pourtant, en plus des vies sauvées et des gains de santé, la littérature canadienne, fondée sur des données probantes, montre une économie nette

de plus de 3,6 milliards de dollars sur 30 ans si ces services étaient adoptés massivement ici même, au Québec. Ces calculs ont été réalisés par un groupe de chercheurs universitaires et validés par le Conference Board du Canada en considérant dans ses calculs un honoraire octroyé aux pharmaciens du Québec qui est le double de celui accordé ici.

M. Roy (Denis M.) : Continuons d'ailleurs à parler du patient, qui est au cœur même de ce projet de loi. Permettez-nous de vous décrire une situation clinique bien réelle qui illustre des cas qui surviennent trop fréquemment en pharmacie. M. Tremblay se présente à la pharmacie pour un conseil. Il est inquiet, il se plaint d'avoir trop de médicaments. Il prend actuellement cinq médicaments chaque jour, alors qu'il n'en prenait aucun il y a quelques mois à peine. Tout a commencé avec une prescription pour diminuer son cholestérol. Il s'est ensuite plaint de douleurs musculaires, ce pour quoi un anti-inflammatoire lui a été prescrit. Quelques semaines plus tard, un antihypertenseur a été prescrit, car sa pression artérielle était élevée. Puis ses jambes ont enflé, et un diurétique a été ajouté. Dernièrement, un supplément de potassium a été prescrit, car il était en carence. Le coût de ces médicaments, qui sont assumés par la RAMQ ou par un payeur privé, est d'environ 900 \$ par année.

Avec l'adoption du projet de loi n° 31, le pharmacien de M. Tremblay pourra effectuer une évaluation et intervenir, mais seulement avec l'aval du médecin. Au terme de l'évaluation de l'état physique et mental du patient, le pharmacien réalisera être en présence d'une cascade médicamenteuse : des médicaments ont été prescrits pour pallier aux effets secondaires d'autres médicaments. En modifiant le traitement du cholestérol à la base, les douleurs musculaires disparaîtront, et les autres médicaments pris par le patient, représentant environ 700 \$ de dépenses annuelles, pourraient être cessés par déprescription. Toutefois, dans le cas décrit précédemment, le patient pourrait refuser de payer quelques dollars de franchise et de coassurance pour l'activité du pharmacien. Il continuera alors à prendre trop de médicaments, aux frais du payeur.

M. Mousseau (Hugues) : Au sujet de la vaccination, nous souhaitons manifester notre appui entier au fait de confier ces actes au pharmacien. Comme vous le savez, comme évoqué hier, notamment, le Québec accuse un retard majeur par rapport aux cibles qu'il s'est lui-même fixées et aux cibles de l'Organisation mondiale de la santé, notamment — et c'est important — chez les personnes les plus à risque. De par leur capacité complémentaire aux infirmières à vacciner en pharmacie sans que les patients aient nécessairement à prendre rendez-vous, nous croyons que les pharmaciens sont en mesure de mieux couvrir les personnes souffrant de maladies chroniques. Ces dernières apprécieront se faire vacciner en allant chercher leurs médicaments en pharmacie. Contrairement aux campagnes de vaccination de masse, qui attirent les personnes retraitées de moins de 75 ans en bonne santé, la vaccination en pharmacie cible les personnes les plus à risque.

À l'échelle des chaînes et des bannières, on a calculé qu'environ 70% des infirmières qui ont vacciné l'année dernière ont eu accès aux vaccins gratuits de la Santé publique. Plusieurs d'entre elles se sont rendues aux dépôts de vaccins avec leurs boîtes à lunch et des packs de glace pour aller les chercher. L'autre 30 % n'a même pas eu de lunch de vaccins à rapporter. Nonobstant l'adoption du projet de loi, il faut impliquer dès maintenant les grossistes, qui ont une expertise en chaîne de froid et qui livrent chaque jour aux pharmacies communautaires du Québec, si on est sérieux par rapport à notre volonté d'accroître les taux de couverture vaccinale à l'échelle du Québec.

L'ABCPO soumet aussi à la commission une proposition d'amendement à l'article 4, alinéa 1.1 du projet de loi pour permettre la vaccination par les pharmaciens dès l'âge de deux ans au lieu de six ans. Il n'est ici aucunement question de se substituer aux programmes de vaccination scolaire, déjà efficaces, mais plutôt de permettre, au besoin, à des pharmaciens de vacciner tous les membres d'une même famille, dans le contexte d'un voyage, par exemple, ou encore d'avoir l'agilité de pallier rapidement à un besoin ponctuel visant une campagne vaccinale importante, comme ce fut la cas en 2009 lors de la crise H1N1. Ce sont des situations exceptionnelles, mais qui ne sont tout de même pas à négliger.

• (15 h 50) •

M. Roy (Denis M.) : Comprenons que la vaccination est une mesure limitant les éclosions d'influenza, mais elle ne les élimine pas complètement. Elle offre une protection limitée, généralement située entre 40 % et 60 %, contre l'influenza, mais il est possible que, pour différentes raisons, le taux de protection du vaccin soit inférieur à ce qu'on aurait espéré. C'est pourquoi nous proposons d'inclure un autre amendement réglementaire dans la loi qui permettrait au pharmacien d'évaluer et de prescrire notamment du Tamiflu chez les personnes à risque d'hospitalisation. En ne procédant pas de cette façon, nous risquons de ne pas atténuer la crise des urgences dès janvier cette année.

Par ailleurs, nous souhaitons aborder l'article 4, alinéa 10 du projet de loi, prévoyant la prescription d'un médicament en vente libre par le pharmacien ainsi qu'une demande d'ajout à la loi qui permettrait aux pharmaciens de faire des prélèvements de strep-test sans rendez-vous en pharmacie.

Parlons maintenant de la jeune Ophélie, quatre ans, qui se lève un matin avec un gros mal de gorge et des frissons. Papa décide de passer à la pharmacie. Dès 8 heures le matin, il consulte Karine, sa pharmacienne. Karine demande à Ophélie si elle tousse, et elle prend sa température. Avec les réponses obtenues, Karine sait qu'un strep-test est maintenant indiqué, mais l'infirmière travaillant au sein de sa pharmacie n'est présente que deux jours par semaine et ne sera pas là avant lundi prochain.

Avec l'amendement proposé, Karine pourra procéder au prélèvement et faire le strep-test sur-le-champ. Si le test s'avère positif, et suite à un amendement de règlement négocié entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens, Karine pourra prescrire l'antibiotique requis et de l'ibuprofène, un médicament de vente libre, pour les premières 48 heures, moment pendant lequel la fièvre pourra persister. Si le test s'avère négatif, Karine proposera une culture de la gorge d'Ophélie et prescrira seulement de l'ibuprofène en attendant le résultat.

Dans les deux cas, papa ira reconduire Ophélie chez mamie et ne perdra pas sa journée de travail. Demain, il est possible qu'Ophélie puisse aller à la garderie, qui ne refusera pas de lui donner de l'ibuprofène, un médicament de vente

libre, car il aura été prescrit par Karine. Finalement, Karine fera des suivis téléphoniques concernant le résultat de la culture de gorge et pour s'assurer de la résolution des symptômes dans les trois, quatre jours. Les parents d'Ophélie seront ravis d'avoir évité une longue attente à la clinique, et une place aura été libérée pour un autre patient chez le médecin.

Permettez-nous de conclure notre intervention en précisant une chose : pour que les cas décrits précédemment deviennent une réalité, le gouvernement doit investir les moyens nécessaires à la mise en oeuvre des actes prévus. Les bénéfices obtenus seront autant thérapeutiques, financiers qu'en satisfaction de la population. En ce sens, nous tenons à témoigner du soutien sans réserve de l'ABCPQ à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires dans ses négociations.

Mmes et MM. les députés, les chaînes et les bannières sont disposées à jouer un rôle de soutien aux pharmaciens propriétaires et à leurs équipes pour la mise en oeuvre des actes du projet de loi n° 31. Il est urgent d'adopter ce projet de loi et d'octroyer les moyens financiers nécessaires pour réduire l'impact de la grippe sur les urgences, qui survient à chaque début d'année. Les Québécois de toutes les régions ne peuvent être privés de la commodité de se faire vacciner en pharmacie par une infirmière ou une pharmacienne approvisionnée en comptant sur les grossistes en médicaments.

Merci beaucoup de votre écoute et de votre intérêt. M. le Président, nous sommes maintenant disposés à répondre aux questions des membres de la commission. Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre exposé. Commençons maintenant la période d'échange avec Mme la ministre.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Je vous salue, M. Roy, et M. Mousseau. Alors, merci pour votre présentation. On a eu hier l'association des pharmaciens propriétaires, l'AQPP, qui nous a fait aussi une présentation fort intéressante.

Peut-être, j'aimerais que vous nous parliez, juste quelques minutes, de votre rôle, en lien, évidemment, avec les pharmacies, par rapport à l'association des pharmaciens propriétaires, peut-être nous parler un peu de votre rôle, de votre mission.

M. Mousseau (Hugues) : Tout à fait. Alors, l'association des chaînes et bannières de pharmacie existe depuis une trentaine d'années, en soutien aux pharmaciens propriétaires et à leurs équipes. Alors, les pharmaciens propriétaires ont l'occasion d'adopter un modèle d'affaires qui leur convient, de faire l'embauche de pharmaciens salariés au besoin, d'équipes techniques en pharmacie. Alors, les chaînes et bannières ont pour mandat d'accompagner les pharmaciens propriétaires dans les activités qui ne requièrent pas le jugement professionnel — ça peut être les ressources humaines, par exemple — et d'autres services qui sont connexes. Donc, c'est essentiellement le rôle de chacun des membres, et l'association est là en appui à tous les membres sur une base individuelle pour les accompagner dans ce processus-là.

Si je prends l'exemple de la loi, en fait, n° 41, qui a été adoptée il y a quelques années, l'ABCPQ a développé des outils cliniques qui sont rendus disponibles, ce qu'on appelle les algorithmes, qui sont rendus disponibles sur un site, Loi 41.com, où les pharmaciens peuvent appliquer les modalités, les nouveaux services, les actes qui sont prévus au chapitre de la loi n° 41, et on a l'ambition et l'objectif de faire la même démarche pour ce qui est de l'entrée en vigueur de la loi n° 31, si elle est adoptée par le législateur.

Mme McCann : Justement, sur ce point-là, est-ce que vous avez, dans votre rôle, le volet communication avec la population? Est-ce que vous travaillez avec l'AQPP, avec les pharmaciens communautaires pour diffuser à la population... Par exemple, la loi n° 41 et le projet de loi n° 31, s'il est adopté, auriez-vous un rôle pour organiser une communication à la population?

M. Roy (Denis M.) : Tout à fait, ça fait partie d'un des rôles. Les pharmaciens n'ont pas fait nécessairement de cours de marketing, et c'est une des fonctions que les chaînes à bannières font, évidemment, pour soutenir les professionnels de la santé qui sont les pharmaciens. Donc, vous avez probablement entendu, dans les dernières années, des campagnes faites par «les pharmaciens propriétaires affiliés à», qui étaient approuvées par les pharmaciens propriétaires de chaque chaîne et bannière mais qui étaient faites par des professionnels et qui visaient justement à communiquer des messages de santé publique comme celui d'aller se faire vacciner. C'est une fonction importante en santé publique, et on croit que la pharmacie est vraiment très bien positionnée pour jouer un rôle accru, étant donné que tout le monde y va très régulièrement.

Mme McCann : Est-ce que vous avez déjà réfléchi à comment communiquer, par exemple, les éléments du projet de loi n° 31? Par exemple, quand la... si la loi est adoptée, est-ce que vous... Parce que ce n'est pas toujours simple, hein, pour le citoyen de savoir : Est-ce que je vais à la pharmacie? Est-ce que je vais voir le médecin? Est-ce que j'appelle Info-Santé? Est-ce que vous avez déjà des pistes là-dessus, à savoir, si la loi... le projet de loi, pardon, est adopté, parce que vous avez peut-être aussi une expérience au niveau de la loi n° 41, comment vous pouvez... comment on peut communiquer à la population?

M. Roy (Denis M.) : C'est un peu pour ça qu'on salue le projet de loi n° 31, il est beaucoup plus clair au niveau de l'organisation des services. Je vais vous donner un exemple. La loi n° 41 permettait à une personne de se faire prescrire un médicament pour un feu sauvage, O.K.? Pourquoi aller voir un médecin pour un feu sauvage? Malheureusement, dans le règlement qui a été adopté, pour qu'un pharmacien puisse prescrire un médicament pour un feu sauvage, le patient doit avoir eu une prescription il y a moins de quatre ans. Si la prescription a eu lieu il y a cinq ans, ou six ans, ou sept ans, ce n'est pas possible. Donc, pour nous, quand il y a des limites comme ça, c'est difficile de dire : Vous avez un feu sauvage,

venez voir votre pharmacien, parce que l'expérience client va être très décevante parce que, un, il faut avoir une prescription et, deux, il faut qu'elle soit moins de quatre ans.

Donc, on espère qu'avec l'évaluation de la condition physique et mentale reliée à l'usage approprié des médicaments qui se retrouve dans la loi l'adoption d'un règlement avec moins de conditions va permettre une communication plus claire au patient et à la population québécoise pour un bon usage. Ça a beaucoup limité notre capacité de faire de la publicité, ces choses-là. Vous avez vu, probablement, des choses sur les campagnes voyages, où il n'y a pas ce besoin-là d'avoir une prescription en santé voyage, le Collège des médecins en a parlé tantôt. Là-dessus, il y a de quoi qui peut être fait. Mais, sur la plupart des choses de la loi n° 41, il y avait des petites conditions, il y avait des petits astérisques à mettre dans le bas. Puis, en communications, ce n'est jamais bon, quand il y a 18 «disclaimers», comme on dit en chinois.

M. Mousseau (Hugues) : Si vous me permettez d'ajouter, puis ça va peut-être un peu au-delà du projet de loi n° 31, mais par rapport à ce que les chaînes et bannières peuvent faire pour diffuser les messages, entre autres de santé publique, à la population, on met régulièrement à disposition les téléviseurs qui sont dans les officines, dans les pharmacies et l'affichage en pharmacie à disposition de campagnes de la Santé publique, entre autres par rapport à la vigilance liée aux opioïdes. Donc, on travaille avec le ministère pour s'assurer de la diffusion la plus large possible de ces campagnes-là, incluant sur les applications mobiles que chacune des chaînes et bannières rend disponibles à leurs patients, etc. Il y a 1 million de Québécois qui fréquentent l'officine par semaine au Québec, 3 à 4 millions, si on inclut la partie commerciale adjacente. Donc, il y a une possibilité, une capacité de rejoindre beaucoup de Québécois, puis on travaille en partenariat en ce sens-là avec le ministère, assurément.

Mme McCann : Merci. M. le Président, je vais donner la parole à d'autres députés.

Le Président (M. Provençal) : Députée de Soulanges.

• (16 heures) •

Mme Picard : Oui. Bonjour. Je m'interrogeais, vous en avez parlé rapidement il y a quelques minutes, à propos de l'algorithme. Vous mentionnez avoir un nouvel algorithme d'aide, particulièrement à propos des opioïdes. J'aimerais savoir, est-ce que vous pouvez m'en dire davantage sur ce programme que vous avez créé? Et puis croyez-vous qu'un tel programme pourrait être créé afin d'aider les pharmaciens dans l'évaluation des patients, tel que stipulé à l'article 1.1°?

M. Roy (Denis M.) : Il y a deux choses, au niveau des opioïdes : il y a les patients naïfs, qui n'ont jamais eu d'ordonnance, et il y a les patients qui en utilisent déjà de façon chronique. Pour la première situation, c'est là que l'ABCPO a pu proposer une démarche aux pharmaciens. Je l'ai mentionné tantôt, le jugement professionnel, on laisse ça aux pharmaciens. Nous, il y a des pharmaciens qui travaillent dans les organisations qui peuvent proposer une démarche. On travaille avec des experts contenu, et on a bâti une démarche pour quand il y a une nouvelle ordonnance d'opioïdes, pour quelqu'un qui n'en a jamais pris, on s'assure de... bon, par exemple, s'assurer qu'il n'y a pas de falsification, limiter les quantités qui vont être servies pour un premier service. Et on aimerait bien pouvoir, aussi, réduire la dose, mais le gouvernement fédéral, là-dessus, ne nous aide pas beaucoup avec ses lois, mais ça, c'est une autre paire de manches.

Pour ce qui est du deuxième cas d'espèce, les patients qui prennent déjà des opioïdes, on a parlé des prescriptions tantôt, et ça pourrait s'appliquer dans cette optique-là et surtout dans l'optimisation du traitement de la douleur. Avant de donner des opioïdes, normalement, il faudrait maximiser tout ce qui est fait avec les autres médicaments. Et actuellement le fait que le pharmacien n'a aucun mode de financement de ses activités professionnelles pour faire ces activités-là, il est très difficile pour lui de s'asseoir avec un patient pendant 10, 15 minutes dans le bureau, puis de vérifier toute sa thérapie médicamenteuse, puis lui suggérer des modifications. Avec la loi n° 31, la demande de consultation pourra venir du médecin, et on espère qu'un jour il y aura un mode de rémunération, qui a besoin d'être modifié, pour permettre au pharmacien de vraiment aider les personnes qui, peut-être malencontreusement, ont commencé à prendre des opioïdes et qui peuvent être bien traitées avec d'autres choses.

Le Président (M. Provençal) : Oui, député de Chapleau.

M. Lévesque (Chapleau) : Merci. Donc, hier après-midi, on a reçu... on a entendu, dans le fond, la Fédération des médecins omnipraticiens, qui ont évoqué, là, certaines réserves, notamment en lien, là, avec... au niveau de l'évaluation des patients. Ils ont comparé l'intention du projet de loi n° 31 avec un possible conflit d'intérêts, donc, ils nous ont fait cette présentation-là, l'idée de pouvoir, donc, administrer... pouvoir vendre, donc, les médicaments. Qu'est-ce que vous en pensez, de cela?

M. Roy (Denis M.) : Je vais commencer par l'évaluation, en focussant sur l'évaluation mentale, parce qu'on n'en a peut-être pas parlé autant que l'évaluation physique, qui est quand même assez claire. Pour nous, c'est essentiel, l'évaluation, comme ce l'est pour le Collège des médecins. Avant d'agir, il faut évaluer et il faut évaluer une personne, pas un médicament. Et, principalement en santé mentale, on a des personnes qui sont fragilisées qui commencent un médicament et, peut-être, sont très hésitantes à commencer un médicament. Il y a des questionnaires validés qui existent et qui ont même été vérifiés par l'INESSS, là, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, qui est le PHQ-9, en anglais, ou, je pense, le QSP-9, en français, qui permet d'évaluer le niveau... l'état dépressif de quelqu'un. Donc, si un pharmacien évalue, à la base, quel est le niveau... le score, on peut dire, de ce questionnaire-là — et ça se fait même en application mobile, en passant — le score d'une personne, et le score montre qu'il y a une dépression, bien, déjà là, la validation de l'ordonnance est beaucoup plus facile. Mais ça, ça appartient plus au médecin parce que c'est du diagnostic.

Nous, ce qui nous intéresse, c'est la deuxième chose, c'est la question de : après trois semaines, après un mois, est-ce que le score monte? Si le score ne monte pas, il faut intervenir pour augmenter la dose ou changer le médicament, sinon le patient peut se suicider. Là, je ne fais pas des farces. C'est grave, la dépression. Et il y a même des cas de rapportés dans la littérature québécoise où des pharmaciens, en utilisant ça, ont réussi à éviter des suicides.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Rousseau.

M. Thouin : Il reste combien de temps?

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste cinq minutes.

M. Thouin : Ah oui? Bon, merveilleux. Bien, je serai rapide, de toute façon. À la lecture de votre mémoire, vous désirez vous inscrire comme facilitateur de changement et, comme nous, là, vous prônez pour une meilleure interstratification des professions. Mais qui dit changement, dit temps. Advenant une éventuelle adoption du projet de loi n° 31 par l'Assemblée nationale, combien de temps devrait être alloué à vos membres afin de vous ajuster à ces nouvelles dispositions législatives? On parle de jours, on parle de semaines, on parle de mois? Comment ça marche? Parce que c'est nouveau, tu sais, il va y avoir des changements, donc...

M. Roy (Denis M.) : Bien, écoutez, le changement peut survenir n'importe quand, et nous, on a une grande capacité d'adaptation. C'est certain que les actes ne prendront pas... Comme on l'a vu avec la loi n° 41, ce n'est pas la première journée que ça se fait et c'est assez rapidement.

Pour ce qui est de la vaccination, on est très heureux de comprendre qu'il y a environ 1 000 pharmaciens — puis on l'a documenté, récemment, avec un sondage, et ça augmente à tous les jours — qui ont déjà la formation requise ou qui va être requise, si éventuellement le projet de loi est adopté, pour pouvoir vacciner. Donc, ça, ça pourrait se faire assez rapidement. L'obstacle, c'est vraiment l'approvisionnement en vaccins, et ça, on a beaucoup d'inquiétudes face à ça.

Le Président (M. Provençal) : Oui, M. le député de Dubuc.

M. Tremblay : Une petite question, si vous permettez, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Oui.

M. Tremblay : Dites-moi, on parle d'évaluation, puis on peut comprendre, par rapport à ce qu'on a entendu hier aussi, que, bon, il y a diagnostic, évaluation, évaluation sommaire, il y a des conséquences. On a des formations qui sont reconnues pour la Croix-Rouge, entre autres, ou des premiers secours, ça sauve des vies. Si on pousse encore plus loin dans le contexte, au niveau des pharmaciens, il y a des formations quand même assez poussées. Est-ce qu'en effet le Québec devrait faire de l'anxiété par rapport au fait de faire reconnaître ce type d'interventions là?

M. Roy (Denis M.) : Vraiment pas. Au contraire, les Québécois devraient se réjouir d'avoir plus grand accès. Et, dans la formation pour administrer... Actuellement, ce qui est permis, c'est pouvoir enseigner à un patient comment s'autoadministrer un médicament. C'est ça, la formation. Mais c'est la même chose, c'est la même formation qui va être nécessaire pour vacciner, on en présume. Et, si c'est le cas et si c'est la volonté des parlementaires et de la réglementation à convenir entre l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins, bien, en plus de ça, il y a une formation RCR qui est incluse et il y a d'autres formations aussi, comme le Registre de vaccination, qui va permettre d'éviter, justement, les cas de fraude. Si jamais, comme on disait tantôt, là, un pharmacien a vacciné, bien, il va falloir qu'il le rentre dans le Registre de vaccination, puis il va y avoir un contrôle des intrants et des extrants au niveau des vaccins qui rentrent en pharmacie puis ceux qu'il donne, ça fait que ça va être assez facile à contrôler pour l'Ordre des pharmaciens, là. Moi, je n'ai pas d'inquiétude là-dessus, les systèmes sont là.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre.

Mme McCann : Je veux revenir, monsieur, sur ce que vous avez introduit dans votre mémoire par rapport à la vaccination des petits entre deux et six ans. Vous le savez probablement, nous avons, au niveau, là, du réseau de la santé et des services sociaux, en CLSC, un programme vaccinal très costaud, un calendrier pour nos petits, hein, de la naissance jusqu'à six ans, même au-delà. Mais évidemment il y a des suivis complets qui se font, puis la vaccination se fait dans le cadre de ces suivis. Votre proposition à vous, pouvez-vous nous l'expliquer davantage?

M. Roy (Denis M.) : Bien, pour nous, il n'est pas question de toucher à ce système-là, qui est très bon et qui est très performant, et on le trouve très, très bien. On n'aurait pas la capacité de le faire, de toute façon. Je pense qu'il faut se concentrer sur les cas. Mais je vais vous donner un cas de figure, dans ce fameux calendrier vaccinal là, celui contre l'hépatite, il est en quatrième année du primaire, O.K., et il peut y avoir une famille qui décide de s'en aller en voyage, et un enfant de quatre ans n'a pas encore fait sa quatrième année, donc il n'a pas eu le vaccin dans le calendrier scolaire, et en plus il est en bas de six ans, donc le pharmacien ne pourra pas le vacciner. Ça fait que, pour nous, c'est des cas de figure comme ça. On ne croit pas que ça doit aller dans la loi ou dans un règlement. Pour nous, un guide de pratiques avec... entre

les deux ordres qui dirait : Les pharmaciens n'ont pas à viser cette clientèle-là et que c'est exceptionnel qu'ils doivent pouvoir le faire, je pense que, pour vacciner toute une famille, ça peut être utile, là, parce que le pharmacien va dire : O.K., Ophélie, je ne peux pas la vacciner, mais, Maxime, je peux le vacciner parce qu'il a l'âge. C'est tout.

Mme McCann : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci, madame. Nous poursuivons nos échanges avec le député de Pontiac.
• (16 h 10) •

M. Fortin : Je vous remercie, M. le Président. Merci, M. Roy, M. Mousseau, merci d'être parmi nous aujourd'hui. Il y a quelque chose que vous avez dit en réponse à l'un des députés du gouvernement, je ne me souviens plus quel, je m'en excuse, collègues, mais vous avez dit : On est inquiets pour le nombre de vaccins disponibles cette année, et là je comprends que vous faites référence au vaccin de la grippe, là, de cet automne, là. En présumant que le projet de loi est adopté rapidement, que le nombre de pharmaciens formés pour faire la chose... que les installations sont adéquates, etc., qu'est-ce qui... Et vous n'êtes pas le premier groupe à le dire, c'est pour ça que je vous pose la question, là. Qu'est-ce qui vous fait dire qu'on n'aura pas assez de vaccins? Et qu'est-ce qu'on peut faire pour régler la situation? Qu'est-ce que soit la ministre ou quelqu'un d'autre peut et doit faire pour régler la situation?

M. Roy (Denis M.) : Bien, la première chose, c'est le système de distribution des vaccins, O.K.? Ce n'est pas nouveau, qu'il se donne des vaccins en pharmacie. L'année dernière, il s'en est donné près de 200 000 par des infirmières en pharmacie.

M. Fortin : Et les gens payaient pour ce service-là?

M. Roy (Denis M.) : Parfois, les vaccins étaient fournis par la Santé publique, et c'est de ces vaccins-là que je parle, O.K.? Donc, les vaccins de la Santé publique, les infirmières les reçoivent par les dépôts de vaccination de la Santé publique. Et Hugues a parlé de la boîte à lunch, malheureusement, c'est comme ça que ça se fait. Donc, au niveau de chaîne de froid, on est à l'ère du télécopieur, O.K., pour faire une mauvaise blague. Donc, nous, on croit que cet approvisionnement-là devrait se faire par les grossistes, et d'arrêter aussi de dire : Telle pharmacie, on ne vous en envoie pas, de vaccins de la Santé publique. Hugues a mentionné que 70 %, seulement, des pharmacies qui vaccinaient l'année dernière grâce à leurs infirmières avaient accès à cette réserve-là. Il y en a 30 % qui n'y ont pas accès, et c'est ça...

M. Fortin : ...pourquoi?

M. Roy (Denis M.) : Eux, ils doivent facturer des vaccins qu'ils ont achetés eux-mêmes, privés. Donc, ils facturent non seulement le produit vaccinal, mais également le frais d'injection.

M. Fortin : Mais, attendez-moi une seconde, là, vous êtes en train de me dire qu'en ce moment, là, ou l'an dernier, disons, là, le vaccin, je me pointais à ma pharmacie de quartier, si je voulais le vaccin de la grippe, il fallait que je paie parce que la Santé publique n'avait pas envoyé de vaccins à cette pharmacie-là, mais, dans une autre pharmacie à deux coins de rue, je ne payais pas pour le même service parce que la Santé publique avait envoyé des vaccins à cette pharmacie-là?

M. Roy (Denis M.) : Oui, et, essentiellement, il n'y a pas d'homogénéité dans la façon dont c'est appliqué. Donc, chaque autorité de santé publique régionale, par région sociosanitaire, a la latitude de décider si, oui ou non, les vaccins seront rendus disponibles aux infirmières qui vaccinent en pharmacie.

M. Fortin : Mais le patient, lui, payait en conséquence de la décision d'où envoyer les vaccins...

M. Roy (Denis M.) : Il a la possibilité, évidemment, de se faire vacciner en établissement, dans le réseau.

M. Fortin : Mais, de toute évidence, s'il y a 70 % du monde... s'il y a 30 % des vaccins qui étaient donnés en pharmacie, là, qui n'étaient pas envoyés par la Santé publique, il y a du monde qui payait, là, il y a du monde...

M. Roy (Denis M.) : Dans 30 % des pharmacies, ils n'avaient pas accès aux vaccins de la Santé publique. C'est ce qu'on...

M. Fortin : Oui, O.K. Ça ne veut pas dire qu'ils offraient le vaccin. Il y a des pharmacies qui n'offraient pas de vaccin du tout, c'est ça?

M. Roy (Denis M.) : Il y a les deux cas de figure.

M. Fortin : Mais il y en a d'autres qui chargeaient au patient, là, j'imagine.

M. Roy (Denis M.) : Bien, il y a une nuance importante. Là, on parle des personnes qui sont éligibles au programme d'immunisation de l'influenza, là.

M. Fortin : Oui, oui, je comprends, je comprends.

M. Roy (Denis M.) : Ce n'est pas tout le monde, là. Les personnes en bonne santé, qui n'ont pas de maladie, puis qui sont jeunes...

M. Fortin : Même si je ne suis pas éligible, si je veux l'avoir, je vais payer pareil.

M. Roy (Denis M.) : Ça, c'est tout le monde. Ça, c'est la même chose partout. Ça, c'est dans le moment, mais je pense qu'il y a une volonté de regarder ça, et c'est ça qu'on applaudit, sauf qu'on n'a pas encore vu le résultat de ces négociations-là, et, écoutez, la campagne, elle commence le 1er novembre.

M. Fortin : O.K. Mais, je reviens à ma question initiale, qu'est-ce qui vous fait dire qu'on va manquer de vaccins?

M. Mousseau (Hugues) : On a, à l'ABCPCQ, lancé, il y a environ une semaine de ça, un recensement à l'échelle de toutes les pharmacies communautaires du Québec, les 1 900 pharmacies et plus, et, à ce jour, on peut vous dire qu'il y a un niveau d'intérêt et d'enthousiasme, parmi les pharmaciens propriétaires, qui est assez important, qui est d'ailleurs surprenant, compte tenu du fait qu'il n'y a pas encore de négociations terminées entre l'AQPP, et le gouvernement, et la RAMQ, et le ministère. Donc, on est heureux de voir qu'il y a un intérêt en ce sens-là. Les infirmières — il y en a à peu près 700 qui étaient en pharmacie l'an dernier — vont être de retour cette année pour vacciner. Et à ça on ajoute les pharmaciens, parce que l'objectif, c'est d'accroître la couverture vaccinale dans l'ensemble. Donc, on a sondé sur le nombre de vaccins qu'ils anticipaient être en mesure de donner, et puis on a la crainte, en fonction des discussions préliminaires qu'on a eues avec la Santé publique, qu'il n'y en ait pas suffisamment qui soient disponibles, et c'est le message qu'on véhiculait tout à l'heure.

M. Fortin : Je vous comprends. Qu'est-ce qui arrive dans le scénario où le projet de loi est adopté, pas demain, mais la semaine prochaine, disons, là, situation hypothétique qui n'arrivera probablement pas, mais le projet de loi est adopté la semaine prochaine... Là, on sait qu'il y a des pharmaciens qui sont formés pour offrir le vaccin. Vous me dites : La négociation n'est pas terminée. Qu'est-ce qui arrive si la négociation n'est pas terminée? Est-ce que les pharmaciens vont commencer à donner le vaccin quand même?

M. Mousseau (Hugues) : Les pharmaciens, non, mais les infirmières, oui.

M. Fortin : Oui, je comprends, mais les pharmaciens ne le feront pas tant que la négociation n'est pas terminée, parce qu'il n'y a pas de compensation de...

M. Mousseau (Hugues) : S'il n'y a pas d'enveloppe budgétaire pour le faire, ça va être un enjeu.

M. Fortin : O.K. Vous ne le ferez pas gratis, c'est ça que vous dites, là. O.K.

M. Mousseau (Hugues) : C'est les pharmaciens propriétaires qu'il faut poser la question, mais, au niveau des chaînes et bannières, je pense que...

M. Fortin : O.K., j'ai compris.

M. Mousseau (Hugues) : C'est bon.

M. Roy (Denis M.) : C'est difficile de payer un deuxième pharmacien pour...

M. Fortin : Dans les plus brefs délais, n'est-ce pas? C'est ça. Dans les plus brefs, on va tenter de conclure pour que tout le monde puisse avoir le vaccin cette année. Je comprends, je comprends.

Strep-test, vous y avez fait référence dans votre mémoire, je comprends exactement où vous vous en allez. Mais vous nous dites, dans le mémoire, là, qu'il y a cinq autres provinces qui permettent aux pharmaciens, essentiellement, de procéder ainsi puis qu'il y a des résultats probants sur les effets thérapeutiques, économiques puis la satisfaction du client. Les avez-vous, ces résultats-là? Peut-être que vous pouvez déposer quelque chose à la commission, si vous les avez, mais j'aimerais juste... peut-être, vous êtes capables de nous le dire, là, rapidement... je vois les références, mais vous êtes capables de peut-être nous l'expliquer rapidement, ce que ça a amené comme résultats positifs.

M. Roy (Denis M.) : C'est intéressant que vous le mentionniez, parce qu'hier je lisais une publication du pays de Galles où le ministre de la Santé annonçait le résultat d'un projet pilote qui mentionnait qu'il y avait seulement une personne sur cinq qui profitait de ce corridor de services là qui commençait en pharmacie qui recevait un antibiotique. Donc, on réussit à réduire la quantité d'antibiotiques donnés avec ce service-là, et c'est les résultats qui émanent, actuellement. Donc, au niveau thérapeutique, c'est extrêmement intéressant.

Et il y a de la littérature qui émane des autres provinces, au niveau d'une étude pharmacoéconomique, où, par cas, il se sauve entre 15 \$ et 20 \$, dépendamment de la capacité du pharmacien d'initier l'antibiotique ou non. Parce que, dans

certaines provinces, comme en Alberta, le pharmacien peut faire le strep-test, peut donner l'antibiotique. Dans d'autres provinces, comme en Colombie-Britannique, le pharmacien peut faire le strep-test, mais il faut retourner le patient chez le médecin pour l'antibiotique, et ça, c'est moins efficace.

M. Fortin : Pour la prescription de l'antibiotique.

M. Roy (Denis M.) : Pour avoir la prescription de l'antibiotique.

M. Fortin : Donc, en Colombie-Britannique, le pharmacien fait le test, détermine que la personne a effectivement, là, le strep, renvoie le patient en cabinet, puis après ça il revient pour sa prescription. Ça donne quoi?

M. Roy (Denis M.) : Ça donne une organisation du travail qui n'est pas optimale.

M. Fortin : Vous, vous aimeriez que, de A à Z, là, ces trois étapes-là, disons, là, le test, la prescription, le médicament, soient disponibles en pharmacie.

M. Roy (Denis M.) : Ça va être possible dans la plupart des cas. Il y a certains critères que le pharmacien ne pourra pas évaluer. Par exemple, s'il y a de la toux, ça fait un point de moins, c'est moins possible que ça soit un strep, et, à ce moment-là, il faudrait faire vérifier s'il y a adénopathie. Et ça, c'est des choses que les pharmaciens dans la communauté ne feront pas parce que c'est un examen physique diagnostique, et à ce moment-là il faudra l'envoyer au médecin. Mais ça, le collègue et l'ordre en discuteront.

M. Fortin : Mais, selon vous, là, on peut changer le projet de loi pour vous permettre de faire ça.

M. Roy (Denis M.) : Absolument.

M. Fortin : O.K. Merci. Je pense que mon collègue a une question. Merci.

M. Ciccone : Oui. Merci beaucoup. Bonjour, M. Roy. Bonjour, M. Mousseau. Je suis content de vous revoir. Justement, on parlait des évaluations physiques. Dans le projet de loi, l'article 2, alinéa 1.1°, ça fait référence à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne. Pouvez-vous nous dire, concrètement, de quelle manière les pharmaciens qui font une évaluation mentale peuvent aider leurs patients? Parce que, quand on parle d'une évaluation mentale, là, c'est quand même poussé, là. Les pharmaciens sont équipés pour faire ce genre d'évaluation là, oui?

M. Roy (Denis M.) : Absolument. Écoutez, moi, j'ai gradué il y a 35 ans puis je le faisais. Juste pour savoir si une personne âgée est capable d'utiliser un pilulier, par exemple, ou s'il doit utiliser un pilulier pour prendre sa médication — vous savez, quand les médicaments sont placés «matin, midi, soir, coucher» — il y a des règles de paiement de la régie qui demandent de faire une évaluation mentale pour voir si la personne a les fonctions cognitives pour être capable d'utiliser un pilulier. Quand c'est fait dans le cadre de l'usage approprié des médicaments, il n'y a pas d'enjeu avec la formation des pharmaciens, même celle des vieux comme moi. Il y a des choses de base comme ça qui se font. Puis aujourd'hui, avec les questionnaires, comme je mentionnais tantôt, le GAD-7 pour l'anxiété, le PHQ-9 pour la dépression, c'est des autoévaluations que le patient fait et qu'il remplit. Et il y a beaucoup de recherches qui montrent que ça, ça permet aux personnes de retourner au travail plus vite parce qu'ils prennent leurs médicaments quand ils sont nécessaires, ils n'en prennent pas quand c'est nécessaire, mais ils prennent les bons à la bonne dose et, au lieu de passer un an en congé de maladie, après neuf mois ils peuvent revenir au travail. Puis il y a des projets de recherche, là, qui vont débiter bientôt, qui vont tenter de montrer ça davantage.

M. Ciccone : Vous avez énormément d'expérience. Avez-vous déjà eu des occasions où vous avez dit, justement : L'évaluation mentale, c'est trop loin, je dois référer, ou vous vous donnez un certain... une limite, justement, pour ces évaluations-là, quand on parle de médicaments, bien entendu, là?

• (16 h 20) •

M. Roy (Denis M.) : Bien, tout pharmacien a l'obligation de référer quand il ne se sent pas dans sa zone de confort, O.K., ça, c'est une obligation déontologique. Les médecins ont ça, tous les professionnels de la santé ont ça. C'est certain que ça peut arriver. Moi, je peux vous parler personnellement, mais d'autres pharmaciens vont vous dire : Moi, je serais à l'aise dans cette situation-là. Puis les situations où c'est plus complexe, on parle de psychose, là, dans ce cas-là, même si le diagnostic a été fait, si le patient ne va pas bien, bien, probablement qu'on va référer au médecin, c'est un exemple assez probant. Mais, pour ce qui est de la dépression, il est clair que, si un patient se met à décompenser et qu'il y a un risque de suicide, on a besoin d'aide, on a besoin de travailler avec les autorités, avec le prescripteur du patient. Puis la littérature a montré que juste ces évaluations-là semi-quantitatives qui sont faites avec le PHQ-9 permettent de détecter ces enjeux-là et sauvent des vies, comme l'a dit tantôt Dr Rouleau.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Le député de Jean-Lesage va poursuivre les échanges.

M. Zanetti : Merci. Merci d'être avec nous. Je voudrais savoir... Dans votre mémoire, à la page 17, vous parlez, là, d'«introduire un instrument dans le corps humain dans et au-delà du pharynx, notamment pour effectuer le prélèvement requis pour un strep-test». Est-ce que, quand vous dites «notamment», vous voulez dire qu'il y a d'autres tests qui pourraient être effectués, ou c'est vraiment particulier pour ce test-là?

M. Roy (Denis M.) : L'Ordre des pharmaciens a parlé de la pharmacogénomique, ça, je crois... je ne suis pas un avocat, là, mais je crois que c'est même possible aujourd'hui, parce que c'est des tests dans la salive, O.K.? Donc, pour détecter si un patient va bien réagir à un médicament, on peut vouloir vérifier s'il a les enzymes nécessaires pour l'éliminer. Donc, ça, c'est un test dans la bouche. On ne sait pas ce que l'avenir va un jour nous amener, et je pense que c'est pour ça qu'on l'a écrit de cette façon-là. Pour l'instant, le test qui est vraiment d'intérêt est le strep-test.

M. Zanetti : Parfait. Et aussi, évidemment, l'application, l'élargissement du rôle des pharmaciens et pharmaciennes va entraîner une hausse de la tâche, ça va entraîner, probablement, pour certains d'entre eux, une augmentation d'embauche ou un besoin d'embauche, peut-être, dans certains cas. Vous, est-ce que c'est quelque chose qui vous concerne, ou c'est complètement dans la cour, disons, des pharmaciens propriétaires, ou est-ce que vous allez être impliqués dans ces choix-là?

M. Mousseau (Hugues) : Bien, je pense qu'on est un facilitateur, si on revient à notre mandat puis à nos objectifs. Mais je vous dirais qu'il y a aussi une notion de cascade, c'est-à-dire qu'en libérant le médecin pour faire des tâches de diagnostic puis s'occuper des cas P1, P2, P3, comme on le mentionnait aussi hier, bien, on libère le médecin. Ensuite, le pharmacien, bien, il a des équipes de soutien pour ce qui ne requiert pas le jugement professionnel, peut déléguer à des techniciens. Puis d'ailleurs il y a une démarche qui est en cours, sur laquelle on a travaillé en soutien à l'ordre puis à d'autres acteurs de notre secteur, pour créer un nouveau programme de formation collégiale pour les ATP, pour les techniciens en pharmacie, et c'est une démarche qui est en cours entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation, qui répond à un besoin criant qu'il y a au niveau des pharmacies communautaires, puis c'est une décision puis une démarche qu'on salue, parce que c'est un besoin important qu'il y a dans nos pharmacies.

Donc, il y a cette notion-là de pouvoir faire une cascade et s'organiser. Il y aura de l'embauche, effectivement, en ce sens-là, c'est sûr et certain, puis les chaînes et bannières seront là en appui aux équipes pharmacie pour générer les efficacités et puis dégager de la productivité en pharmacie, effectivement.

M. Zanetti : Est-ce qu'il me reste du temps? Non? O.K.

M. Roy (Denis M.) : Puis on peut saluer, rapidement, les discussions qui ont lieu avec le ministère de l'Éducation, actuellement, pour ce programme-là au collégial, qui ont débuté dernièrement. Ça fait depuis 2011 que l'Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec travaille à ce programme-là, qui semble vouloir décoller, finalement.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Nous concluons nos échanges avec le député de Jonquière.

M. Gaudreault (Jonquière) : Oui, merci. Bienvenue. Je vais être prudent dans ce que je dis parce qu'il y a une enquête du syndicat de l'Ordre des pharmaciens et, éventuellement, de la Commission d'accès à l'information, peut-être, sur un événement qui est apparu dans l'actualité sur, peut-être, du vol de données à partir de pharmacies qui sont dans des bannières, j'imagine, qui sont membres chez vous. Est-ce que le projet de loi n° 31 ne peut pas amener, chez les citoyens et les citoyennes, un doute supplémentaire? Parce que, là, si on y va... pas juste pour acheter des médicaments, mais pour recevoir un vaccin, prendre des examens, quant au respect des données confidentielles, des données médicales des citoyens, des patients, alors, quelles garanties pouvez-vous donner là-dessus dans votre réseau? Et est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait faire, nous-mêmes, dans le projet de loi qui est présentement à l'étude, pour mettre des barrières supplémentaires afin de fournir ces garanties aux patients?

M. Mousseau (Hugues) : Je vais commencer puis... Bien, d'entrée de jeu, d'abord, sur l'enquête, je dois vous dire que la question de la confidentialité de l'information des patients, des dossiers des patients, il y a zéro tolérance, à notre avis, puis je veux être très, très clair là-dessus. Par ailleurs, je pense que c'est important de mentionner que les chaînes et bannières ne sont pas visées par les enquêtes du syndicat, ce sont vraiment les pharmaciens propriétaires qui le sont, sur une base individuelle. Puis évidemment, bon, comme l'enquête est en cours, on ne peut pas commenter davantage.

Par contre, puis je veux insister aussi là-dessus, l'AQPP travaille depuis des années à faire évoluer le mode de rémunération des pharmaciens pour le distancier des produits puis abolir les allocations professionnelles, ce qui est un des éléments du dossier. Et donc l'abolition... l'adoption, pardon, du projet de loi n° 31 va contribuer à ce changement-là en favorisant une logique de service, d'actes, de nouveaux actes par le pharmacien. Donc, sur le projet de loi n° 31 spécifiquement, comme vous le mentionnez, il n'y a pas plus d'informations sensibles qui vont être dans les dossiers des patients, donc la population puis les patients n'auraient pas raison de s'inquiéter davantage ou d'en être préoccupés davantage, aucunement. On ne voit pas qu'il y ait un lien de cause à effet entre les deux, à ce stade-ci.

M. Gaudreault (Jonquière) : Autrement dit, il n'y aura pas plus d'informations que ce qu'il y a déjà, au fond, d'une certaine manière.

M. Roy (Denis M.) : Il n'y aura pas plus d'informations sensibles.

M. Gaudreault (Jonquière) : Mais ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas agir constamment pour préserver la confidentialité des données, là, mais il n'y aura pas d'informations supplémentaires, selon ce que vous voyez, dans le projet de loi n° 31.

M. Roy (Denis M.) : On parle de vaccination, on parle de médicaments de vente libre, on parle de consultation. Donc, ce qui est vraiment sensible, c'est les médicaments que quelqu'un prend, parce que ça, ça laisse entrevoir des maladies ou des diagnostics et des symptômes. Donc, c'est ça qui est sensible, c'est déjà là. 31 n'ajoute pas, de ce qui est vraiment sensible, à mon avis.

M. Gaudreault (Jonquière) : O.K. Est-ce qu'il me reste du temps?

Le Président (M. Provençal) : Malheureusement, non.

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Provençal) : Je remercie les représentants de l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec pour leur contribution à nos travaux.

La commission ajourne ses travaux jusqu'au mardi 8 octobre, à 10 heures. Merci.

(Fin de la séance à 16 h 27)