

**MÉMOIRE DE LA FMOQ
PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 15 :

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions principalement afin d'alléger les processus réglementaires du système professionnel et d'élargir certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux

Février 2026



TABLE DES MATIÈRES

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC.....	3
REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION.....	4
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX.....	5
COMMENTAIRES PARTICULIERS	8
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	10
Annexe A	12

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 18 associations autonomes affiliées et rassemble près de 10 000 médecins de famille œuvrant au sein du réseau public de santé québécois.

Les médecins de famille ne font pas que de la prise en charge en première ligne. Ils exercent aussi dans plusieurs autres secteurs du réseau de la santé, incluant la deuxième ligne :

- 5600 médecins de famille travaillent en milieu hospitalier:
 - 2400 travaillent à l'urgence et pour 1780 parmi eux, il s'agit de leur pratique principale
 - 3200 pratiquent dans les secteurs du patient admis, des soins intensifs, de la gériatrie, de la psychiatrie, de l'obstétrique, des soins palliatifs et des soins de fins de vie;
- 1310 médecins de famille offrent des soins aux 45 000 usagers en CHSLD;
- 1200 médecins de famille font des soins à domicile;
- 688 médecins de famille accouchent 30 000 bébés annuellement en soins périnataux;
- 4260 médecins exécutent des gardes en disponibilité à l'extérieur du cabinet;
- 1545 médecins de famille travaillent en régions éloignées;
- 267 médecins travaillent comme médecins dépanneurs pour prêter main-forte aux régions en bris d'effectifs;
- 5270 médecins de famille enseignent et/ou font de la recherche.¹

Partenaire incontournable des autorités gouvernementales et des organisations du réseau public, la FMOQ est reconnue pour son expertise en organisation et en coordination des soins médicaux généraux sur l'ensemble du territoire québécois. Cheffe de file en formation médicale continue, elle publie également *Le Médecin du Québec*, une revue scientifique et médicale de référence dans la francophonie depuis plus de 60 ans.

La FMOQ, en tant qu'organisme représentatif exclusif des médecins de famille œuvrant au sein du régime public, négocie avec le Conseil du trésor et le ministère de la Santé et des Services sociaux les conditions de pratique et de rémunération des médecins de famille du réseau public.

Elle est actuellement présidée par le Dr Marc-André Amyot.

La FMOQ est la voix de la médecine de famille au Québec.

¹ À titre illustratif. Données évolutives, à jour en date du 11 novembre 2025.

REMERCIEMENTS

La FMOQ remercie les membres de la Commission parlementaire de lui offrir l'occasion de présenter ses commentaires sur le projet de loi n° 15 : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions principalement afin d'alléger les processus réglementaires du système professionnel et d'élargir certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux* (ci-après « le projet de loi »).

Lors des consultations publiques sur le projet de loi n° 67, soit la *Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux* (ci-après « **PL 67** »), la FMOQ a exprimé des recommandations similaires dans un mémoire détaillé, mais n'a pas été invitée en commission parlementaire, malgré l'impact prévisible de cette réforme sur la pratique médicale. Nous sommes heureux de constater que la voix des médecins de famille sera entendue cette fois-ci.

INTRODUCTION

Le présent mémoire expose les observations et la position de la FMOQ relativement au projet de loi n° 15, déposé le 12 décembre 2025 par le ministre du Travail, M. Jean Boulet.

Le projet de loi aspire à apporter un changement structurel au fonctionnement de la première ligne de soins, notamment par l'allègement des processus réglementaires et l'élargissement des champs d'exercice de plusieurs professionnels de la santé. Ces transformations ont pour ambition d'améliorer l'accessibilité aux services et l'efficacité du réseau. La FMOQ reconnaît pleinement la nécessité de rendre le système de santé plus efficace afin de répondre aux besoins croissants de la population et d'améliorer l'accès aux soins.

La FMOQ accueille favorablement cette volonté du législateur et réitère son adhésion aux objectifs d'amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des soins. Dans un contexte de pénurie persistante de plus de 2000 médecins de famille, la Fédération appuie fermement la collaboration interprofessionnelle et l'élargissement de l'autonomie de certains professionnels, à la condition expresse que ces changements s'inscrivent dans une organisation des soins véritablement coordonnée, sécuritaire et efficace. Cette coordination globale et harmonisée entre les professions est nécessaire, afin d'éviter une fragmentation des soins et une rupture de la continuité des trajectoires cliniques.

En effet, selon certaines études, les systèmes de santé les plus fonctionnels et les plus performants au monde doivent maîtriser trois aspects²:

- 1- Un travail interprofessionnel cohésif;
- 2- Des soins intégrés pour une prise en charge rapide par le bon professionnel;
- 3- Une gouvernance de proximité permettant d'apporter des ajustements et des correctifs en temps opportun.

Ces éléments sont d'autant plus cruciaux dans un contexte où le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la complexité clinique, de la multimorbidité, de la polymédication et du recours accru aux tests diagnostiques. La continuité des soins, assurée par une équipe interprofessionnelle bien établie, constitue à cet égard un levier important d'amélioration de la santé des patients et de réduction des coûts du système.

Cependant, pour devenir un réel levier d'amélioration de l'accessibilité, l'interdisciplinarité doit être efficiente, structurée et fondée sur la complémentarité des expertises, en évitant la duplication des responsabilités. La confusion ou la juxtaposition des rôles engendre un coût d'opportunité important : fragmentation des soins, dédoublement des services, multiplication des consultations inutiles et, ultimement, atteinte à l'accès pour la population. La répartition des responsabilités diagnostiques et thérapeutiques entre plusieurs prestataires, sans mécanismes de coordination robustes, peut également compromettre la sécurité des patients.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

1. Élargissement des pratiques des autres professionnels

D'entrée de jeu, la mobilisation de tous les intervenants de la santé, leur utilisation à leur plein potentiel et la promotion de la collaboration interprofessionnelle ont toujours fait partie de notre vision d'avenir de la première ligne.

Toutefois, le travail interdisciplinaire et l'élargissement des pratiques des autres professionnels doivent être encadrés de manière à garantir la clarté des rôles professionnels respectifs et une prise en charge longitudinale intégrée. À défaut, le patient se retrouve souvent à naviguer entre plusieurs intervenants, avec un risque accru de consultations redondantes, de retards diagnostiques ou de traitements mal ajustés. Un plan d'organisation des soins cohérent et intégré est nécessaire pour éviter une approche par silo, où le patient finit tout de même en bout de piste par consulter un médecin en raison d'un diagnostic imprécis ou d'un traitement inadéquat.

Les changements dans l'étendue des champs de pratique de différents professionnels doivent donc s'opérer de façon contrôlée entre les ordres professionnels, afin d'assurer une clarté des rôles et des responsabilités de chaque professionnel dans le cadre d'une consultation unique ou encore, d'une prise en charge longitudinale. Cette clarté est d'autant plus essentielle que

² *Modèles d'organisation de la première ligne au Canada et à l'international*, École de la santé publique de l'Université de Montréal, Professeur Jean-Louis Denis et Mme Shoghig Téhinian, candidate au doctorat en santé publique, 24 octobre 2023.

l'évaluation clinique, la prescription, l'interprétation des tests diagnostiques et le suivi clinique exigent souvent une formation approfondie, un jugement clinique global et une compréhension fine des comorbidités, des traitements concomitants et des déterminants sociaux de la santé.

En effet, pour que les Québécois puissent voir le bon professionnel, pour la bonne condition et en temps opportun, les professionnels de la santé doivent s'unir pour développer un plan intégré d'organisation de soins et ainsi éviter les silos de pratique entre les différents professionnels de la santé. Dans ce contexte, l'expertise du médecin de famille doit être reconnue et se refléter dans un rôle central de coordination clinique — un véritable rôle de « chef d'orchestre » de la prise en charge longitudinale — afin d'assurer la sécurité des patients et la cohérence des trajectoires de soins. Ce rôle est particulièrement déterminant dans la prise en charge des patients présentant des conditions chroniques complexes nécessitant un suivi continu et des ajustements thérapeutiques au fil du temps.

La FMOQ croit que l'atteinte des objectifs du projet de loi passe par la conception d'un plan d'intégration des soins identifiant les différentes trajectoires à suivre selon la condition d'un patient. Celles-ci devront être clairement définies et de concert par les DTMF, Santé Québec, le MSSS, les ordres professionnels, avec la collaboration nécessaire des organismes représentatifs (FMOQ, FMSQ, FIQ, etc.), pour ensuite être communiquées et implantées sur le terrain. Tous les professionnels de la santé impliqués devraient éventuellement offrir des plages de rendez-vous populationnels en accès adapté et être intégrés à l'offre régionale de services, en cohérence avec les besoins de la population.

Dans ce contexte, la FMOQ accueille favorablement l'élargissement des pratiques des autres professionnels de la santé. Par exemple, la FMOQ appuie pleinement l'élargissement de la pratique des optométristes, lequel peut constituer un levier pertinent pour améliorer l'accessibilité aux soins visuels, particulièrement en première ligne. Tous ces élargissements doivent toutefois être intégrés au continuum de soins, avec des rôles bien définis, un accès à l'information clinique pertinente et des mécanismes assurant la continuité et la sécurité des soins pour les patients. La réglementation future devra impérativement respecter les principes suivants :

- Formation adéquate et maintien des compétences;
- Pertinence clinique (le bon professionnel, au bon moment, pour le bon problème);
- Clarté des responsabilités diagnostiques, thérapeutiques et administratives avec la mise en place des normes d'exercice analogues à celles des médecins relativement à des pouvoirs analogues, par exemple le respect des principes de [Choisir avec soin](#) concernant la prescription, les obligations au niveau du suivi, la tenue de dossiers, etc.
- Obligations concomitantes d'accessibilité, incluant la gestion des tests et des résultats, y compris en heures défavorables;
- Corridors de soins clairs, régionaux et compréhensibles pour les patients;
- Mécanismes formels et fonctionnels de collaboration interprofessionnelle.

En effet, derrière de nouveaux droits se trouvent nécessairement de nouvelles responsabilités. Au pouvoir de diagnostiquer certaines conditions de santé se greffent des responsabilités professionnelles et déontologiques relatives à la prise en charge, à la qualité des soins et au suivi clinique. La FMOQ s'interroge à savoir si tous les ordres professionnels disposent des outils, des

ressources et des mécanismes disciplinaires requis pour surveiller adéquatement ces pratiques élargies. Une analyse de ces mécanismes devrait d'abord être établie.

Permettre à davantage de professionnels qui ne sont pas des médecins de poser des diagnostics peut mettre la population du Québec à risque si les trajectoires de soins et les responsabilités de chacun ne sont pas clairement définies. Plutôt que d'aider, les changements pourraient alors nuire à l'efficacité du système de santé, mais aussi à la sécurité des soins. Un véritable plan d'intégration des soins est donc requis, ainsi que des règlements précis et élaborés collectivement entre les ordres professionnels, avec la participation des organisations de représentation, comme la FMOQ.

2. Règlements futurs : un enjeu central et structurant

Bien que les objectifs du projet de loi soient louables, ses effets concrets dépendront largement de la réglementation qui en découlera, laquelle viendra préciser les nouveaux champs d'exercice et les responsabilités cliniques. Ces règlements seront donc déterminants pour l'organisation des soins offerts aux patients. Il sera à cet égard essentiel de veiller à ce qu'ils n'entraînent pas un transfert significatif des décisions cliniques hors de l'expertise et du contrôle clinique effectif du médecin responsable du suivi longitudinal, ce qui se ferait au détriment de son autonomie professionnelle. Or, cette autonomie s'exerce dans le meilleur intérêt du patient.

Afin de maîtriser ces risques, il est essentiel de définir précisément les rôles des différents professionnels de la santé, en établissant une délimitation nette des responsabilités cliniques ainsi qu'une hiérarchisation clinique — et donc décisionnelle — des rôles au sein des équipes. Les règlements à venir devront ainsi prévoir des balises explicites quant aux diagnostics pouvant être posés par chacun des professionnels habilités, de même que la responsabilité professionnelle du suivi médical et administratif. Il sera également nécessaire de tenir compte des répercussions de l'élargissement de l'accès aux tests diagnostiques sur des ressources déjà limitées, ainsi que sur la gestion des résultats imprévus.

La réforme des champs d'exercice doit s'inscrire dans des modèles de soins interdisciplinaires solidement structurés, au sein desquels la coordination clinique est clairement établie. À défaut, des angles morts risquent d'émerger, au détriment des patients qui pourraient s'y retrouver sans repères ni continuité de prise en charge. En l'absence d'une coordination clinique forte, le risque est réel de voir se créer de nouveaux silos de soins, accentuant la fragmentation du parcours et compromettant la continuité des services entre les différents prestataires.

À cet égard, la délimitation réglementaire des examens, tests et médicaments que les infirmières et infirmiers pourront désormais prescrire revêtira une importance déterminante pour assurer à la fois la qualité et la sécurité des soins, de même que des trajectoires cliniques efficaces permettant une amélioration réelle de l'accès à la première ligne. Dans ce contexte, l'expertise de la FMOQ doit être pleinement reconnue, et son implication concrète dans l'élaboration des règlements à venir sera essentielle à la mise en place de règles de fonctionnement à la fois efficaces et sécuritaires.

3. Gouvernance réglementaire et pouvoirs accrus de l'Office des professions

Le projet de loi confère à l'Office des professions du Québec (ci-après « l'Office ») des pouvoirs réglementaires élargis, incluant l'approbation de règlements d'ordres professionnels, dont ceux du Collège des médecins du Québec (CMQ), ainsi que la capacité d'édicter des règlements et des lignes directrices liant les ordres. La FMOQ souhaite souligner que toute réglementation susceptible d'avoir un impact sur la pratique médicale doit impérativement être élaborée avec une implication formelle, structurée et en amont du Collège des médecins du Québec et des fédérations médicales, dont la FMOQ. Une simple consultation lors de la publication d'un projet de règlement à la Gazette officielle ne saurait être suffisante.

COMMENTAIRES PARTICULIERS

Tout en réitérant notre invitation à une discussion collaborative plus poussée sur les enjeux généraux ci-haut énumérés, la FMOQ souhaite formuler certains commentaires plus détaillés en lien avec des articles spécifiques du projet de loi :

1. Infirmières et infirmiers

Articles 45 et 49 du projet de loi

La FMOQ est favorable à la prescription infirmière dans un cadre interdisciplinaire clairement balisé et propre à chaque milieu de soins. De plus, l'élargissement du champ de pratique des infirmières peut favoriser un travail de la dyade médecin-infirmière, plus fluide et plus efficace, notamment en réduisant le recours aux ordonnances collectives, à condition que les règlements à venir soient pertinents. Par exemple, la FMOQ appuie pleinement l'autonomie infirmière en soins de plaies rehaussée par la possibilité de prescrire des pansements sans ordonnance médicale. En revanche, nous exprimons des inquiétudes quant :

- À la prescription élargie de tests et d'examen, en l'absence d'un dossier clinique unique;
- Au risque de surutilisation des tests;
- À l'explosion potentielle des coûts associés aux prescriptions – il sera primordial que les règlements afférents fassent l'objet d'une analyse d'impact réglementaire incluant le volet financier;
- À la responsabilité clinique liée au suivi des résultats et à la gestion des incidents.

En effet, si une infirmière initie un plan d'investigation, il est essentiel que la responsabilité du suivi des résultats soit clairement définie, afin d'éviter que le médecin devienne le réceptacle des résultats anormaux sans qu'il n'ait initié lui-même la démarche. Par ailleurs, le même encadrement applicable aux médecins relativement à l'absence de conflits d'intérêts en matière de prescription de médicaments ou de traitements devra être mis en place pour les infirmières et infirmiers.

Étant donné l'importance du règlement sur les modalités qui est à venir, la FMOQ demande à être consultée en amont lors de sa rédaction.

2. Diététistes-nutritionnistes

Articles 4 et 5 du projet de loi

La FMOQ accueille favorablement l'autonomie accrue des diététistes-nutritionnistes, mais elle se questionne à savoir comment le traitement établi par ces dernières pourra être évalué. Les modifications législatives proposées ne semblent pas permettre la possibilité de prescrire des tests de laboratoire pour évaluer et ajuster les plans de traitement, auquel cas, les patients seront référés au médecin ou aux infirmières pour une telle prescription permettant l'évaluation. Des trajectoires des soins devront être élaborées en conséquence, afin d'assurer un réel gain en lien avec cet élargissement de la pratique. Autrement, il y a un risque de générer des consultations médicales uniquement pour la prescription de tests. Il faudra également baliser la responsabilité finale liée à l'interprétation et au suivi des résultats.

3. Thérapeutes conjugaux et familiaux et la psychothérapie

Articles 24 et 62 à 66 du projet de loi

L'élargissement de l'accès à la psychothérapie est souhaitable en raison de la forte demande en soins psychologiques et de soins en santé mentale, mais soulève des enjeux importants de formation, de maintien des compétences et de sécurité clinique, notamment en matière de diagnostics différentiels et de comorbidités médicales. L'ajout des thérapeutes conjugaux et familiaux à l'exception de l'exigence d'obtenir un permis de psychothérapeute doit être complété par l'encadrement rigoureux de la formation nécessaire par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Il faut assurer le maintien de critères au moins aussi rigoureux que l'encadrement actuel de la délivrance et du maintien du permis de psychothérapeute. Rappelons que même les médecins sont soumis à un encadrement strict pour la pratique de la psychothérapie.

Article 27 du projet de loi

L'approche proposée afin de délivrer un permis de psychothérapie à un détenteur d'autorisation délivrée dans une autre province ou territoire du Canada semble adéquate, mais ce professionnel devrait maintenir ses compétences selon les règlements en vigueur au Québec, et devrait être membre d'un ordre professionnel au Québec afin d'assurer l'encadrement rigoureux de son exercice sur le territoire.

Article 28 du projet de loi

L'encadrement des activités qui pourront être exercées par les personnes en stage et ne détenant pas encore un permis de psychothérapeute devra être assuré convenablement afin de prévenir de potentiels enjeux de qualité de l'acte et d'assurer un suivi du maintien des compétences.

4. Sages-femmes

Article 56 du projet de loi

La FMOQ reconnaît la contribution importante des sages-femmes en périnatalité et appuie leur implication en santé publique, où ces dernières pourront initier des mesures de dépistage d'une ITSS, ainsi que prescrire et administrer un médicament pour le traitement d'une ITSS à une personne asymptomatique ayant obtenu un résultat d'analyse positif au dépistage. Cela constitue un gain certain dans une vision de santé publique. Il faudra toutefois assurer une formation nécessaire pour de telles prescriptions.

Cependant, la prescription de la contraception hors du continuum grossesse-périnatalité soulève des inquiétudes quant à un débordement de mission et de formation cliniques, en empiétant de façon trop importante dans la sphère de la prise en charge et du suivi global de la santé de la femme, sans nécessairement avoir reçu la formation requise en ce sens.

La FMOQ est d'avis que la prescription contraceptive devrait demeurer étroitement liée à la périnatalité.

5. Pharmaciens

Articles 53 à 55 et 59 à 61 du projet de loi

La FMOQ souhaite réitérer ses commentaires préalablement formulés en ce qui concerne le risque de conflits d'intérêt en lien avec le pouvoir des pharmaciens de prescrire et de substituer des médicaments, commentaires que la FMOQ a inscrits dans son mémoire sur le PL 67, et plus particulièrement dans sa lettre de commentaires concernant le projet de règlement concernant les *Pharmaciens – Exercice de certaines activités professionnelles visées à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie* (jointe à l'Annexe A du présent mémoire.)

L'autorisation de substituer un médicament générique fabriqué par une entreprise dans laquelle le pharmacien a un intérêt accentue les risques de conflits d'intérêts déjà soulevés. Des mécanismes de mitigation robustes et transparents sont indispensables afin de préserver la confiance du public et l'intégrité du processus clinique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La FMOQ soutient pleinement l'objectif d'amélioration de l'accès par l'élargissement des pratiques professionnelles afin de permettre à la population de consulter le bon professionnel pour sa condition médicale dans un délai optimal.

Toutefois, cet objectif ne pourra être atteint sans une disponibilité réelle des autres professionnels, y compris en heures défavorables, dans le cadre d'une organisation clinique intégrée, coordonnée et sécuritaire.

De plus, l'organisation des soins véritablement intégrée doit être soutenue par des dossiers numériques interopérables permettant le partage de l'information clinique entre tous les prestataires impliqués dans le continuum des soins du patient.

Dans le cadre de cette prise en charge intégrée, il faut reconnaître l'expertise des médecins de famille afin d'assurer un suivi longitudinal global. Ces derniers doivent donc être activement impliqués dans la mise en place de plans intégrés et des trajectoires des soins afin d'assurer une prise en charge efficace et sécuritaire pour chaque patient.

Recommandations-clés

- Prévoir une consultation de la FMOQ qui soit réelle, formelle et en amont de la rédaction de tout règlement ayant un impact sur la pratique médicale;
- Élaborer des plans intégrés de trajectoires de soins définissant clairement les rôles et responsabilités, notamment en matière de suivi et de charge administrative reliée au diagnostic;
- Assurer une meilleure intégration des soins dans un souci d'optimisation, surtout dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines et financières, notamment en prévoyant des mécanismes efficaces de coordination clinique et d'échange d'information;
- Assurer la formation, l'encadrement clinique et la surveillance des pratiques des professionnels bénéficiant de pouvoirs élargis;
- Clarifier la responsabilité liée à la prescription, à l'interprétation et au suivi des tests et examens;
- Assurer la disponibilité des autres professionnels concernés ainsi que leur participation à l'offre de plages d'accès populationnel (comme les IPS-PL et les médecins);
- Évaluer périodiquement les impacts cliniques et financiers des élargissements de pratique, afin d'assurer l'utilisation judicieuse des ressources publiques;
- Maintenir le rôle central du médecin de famille comme chef d'orchestre clinique au bénéfice de la sécurité et de la santé des patients.

La FMOQ réitère sa pleine disponibilité à collaborer activement à la mise en œuvre du projet de loi et à l'élaboration des règlements à venir, dans une perspective de soins de première ligne coordonnés, continus et sécuritaires, fondés sur l'expertise des médecins de famille et le travail en équipe interdisciplinaire, au bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

Annexe A

Par courriel
secretariat@opq.gouv.qc.ca

Le 27 juin 2025

Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10e étage,
Québec (Québec) G1R 5Z3

À l'attention de M^e Jean Gagnon, secrétaire par intérim

Objet : Commentaires de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) sur le projet de règlement concernant les *Pharmaciens – Exercice de certaines activités professionnelles visées à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie*

Monsieur le Secrétaire,

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a pris connaissance du projet de règlement intitulé *Pharmaciens – Exercice de certaines activités professionnelles visées à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie*, publié dans la *Gazette officielle du Québec* le 11 juin 2025 (« **Projet de règlement** »), et souhaite vous faire part de ses commentaires.

Regroupant près de 10 000 médecins de famille, la FMOQ est l'organisme légalement reconnu pour représenter ces professionnels et négocier leurs conditions d'exercice dans le cadre du régime public. Elle joue également un rôle central dans l'organisation des soins de première ligne à l'échelle du Québec et dans la formation médicale continue.

C'est à ce titre que nous soumettons nos observations, que nous vous prions de transmettre également à la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, M^{me} Sonia LeBel, ainsi qu'au ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Christian Dubé.

1. INTRODUCTION

Avec une pénurie de plus de 2 000 médecins de famille au Québec, la FMOQ ne s'oppose pas à une approche interprofessionnelle ni à l'élargissement du champ de pratique des pharmaciens, dans la mesure où ces changements visent à améliorer les services à la population. Toutefois, ils doivent être rigoureusement encadrés afin de garantir la clarté des rôles professionnels et une prise en charge longitudinale et intégrée. Un plan d'organisation des soins cohérent et intégré est nécessaire pour éviter une approche en silos, où le patient finit tout de même par consulter un médecin en raison d'un diagnostic imprécis ou d'un traitement inadéquat.

La FMOQ reconnaît que le fait pour un pharmacien d'évaluer une personne et de la traiter implique un acte de diagnostic. Cependant, les médecins reçoivent une formation beaucoup plus poussée en matière de diagnostic différentiel, leur permettant de poser des diagnostics complexes et précis. Or, les pouvoirs prévus au Projet de règlement empiètent sur ce champ d'expertise sans garantir les normes adéquates et uniformes de formation. De plus, ces nouveaux pouvoirs génèrent un haut potentiel de conflits d'intérêts.

Lors des consultations publiques sur le projet de loi no. 67 (« **PL 67** »), la FMOQ a exprimé ses préoccupations dans un mémoire détaillé, mais n'a pas été entendue en commission parlementaire, malgré l'impact prévisible de cette réforme sur la pratique médicale. Ce manque de consultation se poursuit dans l'élaboration du présent Projet de règlement, alors même que ses effets sur la pratique des médecins sont manifestes.

Cela va à l'encontre de l'obligation du gouvernement de négocier avec la FMOQ tout changement aux conditions de pratique des médecins de famille. Pourtant, l'élargissement des champs d'exercice des pharmaciens ainsi que la pratique avancée en partenariat envisagée affectera de façon directe la pratique des médecins. La FMOQ aurait dû être consultée en amont de la rédaction de ce Projet de règlement.

2. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

a. Risque de soins en silos

Une prise en charge sans perspective médicale globale est susceptible de nuire à la qualité des soins. Le médecin est le seul professionnel formé pour évaluer une situation dans son ensemble et établir un diagnostic différentiel complet ainsi qu'un plan de traitement cohérent. Travailler en silos entraîne des dédoublements de services et nuit à l'efficacité du réseau. Cela peut avoir des effets néfastes pour le patient du point de vue de sa santé

et entraîner des coûts importants pour l'État en raison des chevauchements de services. Il faut au contraire assurer un plan de soins intégré ainsi que la continuité des soins pour le patient.

b. Manque d'encadrement clair des mécanismes de communication

Des mécanismes de communication doivent être prévus pour éviter les interférences entre plans de traitement. Le médecin est responsable de son propre plan, qu'il construit à partir d'une vision globale de l'état du patient et d'une discussion avec ce dernier. Il doit donc être informé en tout temps et avoir un droit de regard sur tout changement que pourrait effectuer le pharmacien.

c. Conflits d'intérêts susceptibles de nuire au jugement clinique

Contrairement au médecin, le pharmacien tire un revenu direct de ses prescriptions. Ce lien soulève un conflit d'intérêts préoccupant, d'autant plus qu'un tel modèle est interdit chez les médecins. Le Projet de règlement légalise ainsi une situation inéquitable. Cela place en outre les pharmaciens en position de conflit d'intérêts entre leurs intérêts financiers personnels et ceux de la population.

d. Limites pratiques

Les pharmaciens disposent-ils du temps nécessaire et d'un espace respectant les exigences de confidentialité pour évaluer adéquatement un patient? Ils n'ont pas accès aux DMÉ, y compris l'historique médical complet des patients. Ils travaillent à partir du dossier pharmacologique. Cela peut soulever des enjeux éthiques et de sécurité.

e. Absence d'étude d'impact, y compris l'impact financier pour la RAMQ

Aucun document d'analyse d'impact réglementaire n'a été publié. Cela est inquiétant, surtout lorsque des provinces comme l'Alberta – seule province où les pharmaciens peuvent diagnostiquer et prescrire de façon aussi étendue que le propose le Projet de règlement – ont vu une augmentation significative des coûts de médicaments et d'analyses de laboratoire. Cela est également à prévoir au Québec ; plus il y a de professionnels qui pourront prescrire des médicaments et des analyses de laboratoire, plus la facture des dépenses en santé gonflera annuellement et ce, de manière importante. Toutefois, cette évolution devrait également s'accompagner de bénéfices indirects, tels qu'un accès plus rapide aux soins, une réduction de la pression sur les services d'urgence et une meilleure gestion de certaines maladies chroniques. Une analyse rigoureuse des coûts et des bénéfices demeure toutefois incontournable.

f. Pertinence des soins et encadrement de la prévention

Le pouvoir de prescrire à des fins préventives expose à des risques de surprescription. Il faut encadrer cette pratique, ainsi que le pouvoir général de prescription par les pharmaciens, à l'aide de lignes directrices reconnues, telles que les recommandations de *Choisir avec soin*. Il faut également instaurer des audits rigoureux pour suivre la tendance de prescription suivant l'adoption du Projet de règlement. Or, le Projet de règlement ne prévoit actuellement aucun mécanisme de suivi ni d'évaluation (hormis dans le cadre d'un partenariat de pratique avancée), et ce, malgré la présence d'un risque de conflits d'intérêts.

3. COMMENTAIRES PARTICULIERS

Tout en réitérant notre invitation à une discussion collaborative plus poussée sur les enjeux généraux ci-haut énumérés, voici certains commentaires plus détaillés quant au texte du Projet de règlement proposé :

Article 1 :

Étant donné les champs d'exercice élargis des pharmaciens, notamment la prescription ou la substitution de médicaments, le règlement devrait clarifier que la responsabilité du pharmacien est entière, notamment en matière de suivi. Dans sa forme actuelle, cet article soulève plusieurs questions. Lorsque le pharmacien informe le médecin responsable du suivi du patient, y a-t-il une attente de validation de sa conduite? Si le médecin ne répond pas, cela équivaut-il à une approbation par ce dernier?

Bien que nous soyons d'accord avec l'obligation d'informer le médecin traitant, ce dernier ne peut être présumé responsable des actes professionnels posés par le pharmacien. En effet, il ne faut pas laisser planer un flou juridique sur ce point, car cela constituerait un imbroglio au plan de la responsabilité professionnelle, et surtout un risque pour le patient.

Si l'intention du législateur est de désengorger la première ligne en confiant des actes plus étendus aux pharmaciens, il ne faut pas en parallèle imposer aux médecins un devoir implicite de surveillance continue des actes posés par ceux-ci.

Par ailleurs, le Projet de règlement est silencieux quant à l'assurance responsabilité des pharmaciens en lien avec ces nouveaux champs d'exercice. Le *Code de déontologie des pharmaciens* prévoit déjà que le pharmacien est responsable du suivi requis, sauf s'il s'est

assuré qu'un autre professionnel l'a pris en charge. Cette obligation ne peut être transférée au médecin du seul fait qu'il est informé.

Enfin, la formulation « lorsque les circonstances le justifient » risque d'entraîner des pratiques non uniformes : certains pharmaciens enverront beaucoup d'information, d'autres très peu. Dans certains cas, comme la prescription ou la substitution, il devrait y avoir une obligation stricte et non équivoque d'informer le médecin traitant, voire d'obtenir son approbation si ce dernier a spécifié de ne pas substituer. Voir également nos commentaires sous l'article 7.

Article 2 :

La définition d'un « problème de santé courant » est trop large. Par exemple, que signifie « symptômes facilement identifiables et évaluables »? Cette notion est floue et sujette à interprétation. Si un test spécialisé est requis (radiographie, échographie, etc.), il ne s'agit vraisemblablement pas d'un symptôme « facilement identifiable ». Il faudrait donc préciser que cela exclut les situations nécessitant des examens que le pharmacien ne peut ni effectuer ni interpréter.

Même commentaire s'applique pour **l'article 6, paragraphe 1, sous-paragraphe b).**

Le sous-paragraphe e) établit le critère d'un « faible risque de préjudice », une notion également vague. Par exemple, une infection urinaire peut sembler bénigne, mais dans certains cas, elle peut mener à des complications graves. Il serait opportun de développer des guides en collaboration avec le Collège des médecins et les fédérations médicales, ou de se référer aux recommandations de l'INESSS lorsque cela est applicable, afin d'élaborer des normes de pratique sécuritaires et uniformes.

Le paragraphe 3 permet la prescription à des fins préventives. Comme mentionné précédemment, il est primordial d'y intégrer une notion de pertinence, afin de réduire les risques de surprescription. Le législateur pourrait notamment référer aux recommandations de *Choisir avec soin* à cet effet. Le *Code de déontologie des pharmaciens* devrait également être mis à jour en ce sens.

Même commentaire s'applique pour **l'article 5.**

Article 6 :

Outre les commentaires analogues à ceux formulés sous l'article 2, nous estimons que la formation exigée pour l'attestation devrait être élaborée en s'appuyant sur l'expertise

interprofessionnelle du terrain (pharmaciens, médecins, IPS). La FMOQ, en tant que cheffe de file en formation médicale, offre son entière collaboration à cet égard, afin de mettre à contribution l'expertise des médecins de famille. Des obligations de formation continue devraient également être prévues. Le Projet de règlement ne prévoit actuellement aucun mécanisme de surveillance de la pertinence des prescriptions ou du maintien des compétences.

De plus, étant donné les disparités de formation entre pharmaciens, comment le public saura-t-il s'il peut consulter un pharmacien ou un autre, plutôt qu'un médecin? Il est inacceptable que deux pharmaciens dans la même pharmacie n'offrent pas les mêmes services, selon leurs heures de travail. Une uniformisation est essentielle.

Article 7, alinéa 3 :

La formulation « si la situation le requiert » est trop vague. Donner au pharmacien le pouvoir absolu de substituer un médicament malgré une indication contraire du prescripteur est dangereux. De plus, certaines situations présentant un potentiel de conflit d'intérêts peuvent encore survenir. Par exemple, en cas de rupture de stock dans la pharmacie, le pharmacien pourrait décider unilatéralement de changer le traitement.

Il doit y avoir échange obligatoire avec le prescripteur. Ce dernier doit conserver la prérogative d'approuver ou non la substitution. Toutefois, une exception similaire à celle prévue à l'article 8, paragraphe 3, pourrait être envisagée lorsque le prescripteur est injoignable, afin d'éviter un préjudice pour le patient.

Article 17 :

Le développement d'une entente de partenariat ne peut être laissé à la seule initiative des parties. Il faut un modèle uniforme, auquel des modalités particulières pourraient s'ajouter. La FMOQ doit participer à son élaboration.

L'expérience acquise en CHSLD pourrait servir de base, mais démontre des enjeux pratiques importants. Un obstacle majeur à la collaboration est le manque d'accès des pharmaciens aux DMÉ et le manque de mécanismes de communication efficaces.

4. CONCLUSION

La FMOQ réitère que ce Projet de règlement entraînera des conséquences concrètes sur la pratique des médecins de famille. Son élaboration, sans consultation des professionnels

directement concernés, constitue une lacune importante tant du point de vue juridique que de l'impact potentiel sur la qualité des soins.

Nous croyons qu'il est impératif de :

- Assurer une meilleure intégration des soins dans un souci d'optimisation, notamment dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines et financières.
- Mieux encadrer les rôles et responsabilités des pharmaciens, tels que proposés dans nos commentaires généraux et particuliers.
- Prévoir des mécanismes de coordination clinique et d'échange d'information efficaces.
- Mener une étude d'impact indépendante sur les coûts et les résultats cliniques.
- Impliquer les fédérations médicales dans l'élaboration des balises normatives et des formations associées.

Nous réitérons notre entière disponibilité pour collaborer à toute démarche constructive visant une amélioration durable du système de santé au bénéfice de la population.

Veillez agréer, Monsieur le Secrétaire, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur Marc-André Amyot
Président-directeur général

PK/MAA/jb

Cc : M. Jean-François Desgagné, président de l'Ordre des pharmaciens du Québec
D^r Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec
M^{me} Joanne Castonguay, Commissaire à la santé et au bien-être
M^e Marc-André Dowd, président du Protecteur du citoyen