



PROJET DE LOI N^o 130

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 14 février 2017

AVANT-PROPOS

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (RLRQ, chapitre S-40). Sa mission comprend deux volets, soit la valorisation et l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres, puis la défense et la progression des intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente près de 1 600 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé, en plus d'établissements privés conventionnés. Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie obtenu au terme de quatre années d'études universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux ont obtenu une formation de second cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée (option établissement de santé). Certains pharmaciens, de plus en plus nombreux, détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (oncologie, psychiatrie, etc.) d'un organisme américain, le *Board of Pharmacy Specialties* (BPS).

Les pharmaciens d'établissements, incluant les chefs de département de pharmacie, sont membres à part entière du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), et ce, depuis près de 35 ans. En outre, de nombreux pharmaciens d'établissements font partie du comité exécutif du CMDP et certains le président ou l'ont déjà présidé. Rappelons aussi qu'un pharmacien, désigné par le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), siège au sein du conseil d'administration des établissements de santé.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	II
TABLE DES MATIÈRES	III
INTRODUCTION	1
LE PROJET DE LOI ARTICLE PAR ARTICLE	3
1. LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES	3
1.1. Article 6 (ajout de l'article 55.0.1).....	3
1.2. Article 10 (modification de l'article 151)	3
2. LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSSS)	4
2.1. Article 18 (modification de l'article 183)	4
2.2. Article 19 (remplacement de l'article 185).....	5
2.3. Article 21 (modification de l'article 189)	5
2.4. Article 22 (modification de l'article 190)	6
2.5. Article 27 (modification de l'article 237)	6
2.6. Article 36 (ajout de l'article 433.3)	7
3. CHAPITRE I.0.1 APPROVISIONNEMENT EN COMMUN	7
3.1. Article 37 (ajout de l'article 435.2)	8
3.2. Article 37 (ajout de l'article 435.4)	9
3.3. Article 38 (ajout de l'article 436.02).....	10
4. DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES	10
4.1. Article 67.....	10
CONCLUSION	11
ANNEXE 1 – DÉCLARATION CONJOINTE DES PRÉSIDENTS	A-1
ANNEXE 2 - LISTE DE PROPOSITIONS	A-2

INTRODUCTION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux poursuit la réforme des structures du réseau de la santé amorcée en 2015. Le projet de loi n° 130 Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (PL 130) entre davantage dans la sphère des structures cliniques et introduit des modifications qui visent à soutenir cette réforme.

En 1983, les pharmaciens d'établissements ont intégré le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le service de pharmacie est alors devenu un département clinique de pharmacie¹, sous l'autorité exclusive du directeur des services professionnels (DSP). Cette transformation profonde des structures cliniques a donné un essor extraordinaire à la pratique des pharmaciens d'établissements. Ce rapprochement naturel entre les médecins et les pharmaciens a mené à la collaboration étroite que l'on connaît aujourd'hui dans les établissements de santé, favorisant un usage optimal et sécuritaire des médicaments et permettant un meilleur soutien aux médecins en matière de pharmacothérapie, le tout au bénéfice de nos patients.

Les pharmaciens d'établissements mettent constamment à contribution leur expertise dans de nombreuses sphères d'activité de l'établissement puisque le médicament occupe un rôle central dans la prestation des soins et services de santé. Leurs actions, que ce soit l'intégration des pharmaciens aux différentes équipes de soins, l'implantation d'un circuit du médicament performant et sécuritaire, la mise sur pied de formulaires de médicaments ou encore la participation aux groupes d'approvisionnement, ont grandement contribué à améliorer la prestation de soins et services pharmaceutiques, tout en freinant l'augmentation des dépenses en médicaments. En effet, leur rôle d'analyse fondé sur des données probantes fait des pharmaciens d'établissements des professionnels rigoureux à la recherche du meilleur traitement pour leurs patients, et ce, au meilleur coût. Sans ces apports significatifs, la croissance des dépenses liées aux médicaments aurait certainement été plus importante au fil des ans. Les pharmaciens d'établissements constituent donc un groupe de professionnels qui, par ses connaissances étendues des thérapeutiques, a un rôle crucial à jouer pour atteindre un usage optimal des médicaments dans le réseau de la santé.

¹ Bussières, Jean-François et Marando, Nancy. De l'apothicaire au spécialiste, Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec. Chapitre 6 : Structure et organisation du département de pharmacie. A.P.E.S.; 2011. [en ligne] https://www.apesquebec.org/sites/default/files/de_lapothicaire_au_specialiste.pdf

Le PL 130 met en lumière un contrôle accru du pouvoir administratif au détriment du pouvoir clinique. Bien qu'il soit essentiel que la gouvernance des établissements de santé permette une gestion rigoureuse au quotidien, l'A.P.E.S. considère qu'un juste équilibre entre ces deux pouvoirs est garant de meilleurs résultats en matière d'organisation et de prestation des soins et services de santé, tant sur le plan de la qualité que sur celui de la sécurité. Vous trouverez d'ailleurs à l'annexe 1 de ce mémoire une déclaration conjointe des présidents d'organisations concernées par ce pouvoir clinique. Finalement, l'ensemble des propositions faites dans ce mémoire sont reprises à l'annexe 2.

LE PROJET DE LOI ARTICLE PAR ARTICLE

1. LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

1.1. Article 6 (ajout de l'article 55.0.1)

Le plan d'organisation d'un établissement comporte l'ensemble des organigrammes (professionnel, scientifique et administratif). Par l'ajout de cet article, le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après, le ministre) veut s'assurer d'une uniformité dans la gestion et les modèles de prestation de soins et services mis en place dans chaque établissement de santé du Québec. Cette volonté d'uniformiser les structures est la bienvenue, mais doit-elle requérir à chaque fois l'approbation du ministre? Des lignes directrices pourraient possiblement suffire à orienter les établissements dans leur plan d'organisation.

Par ailleurs, l'A.P.E.S. a pu constater sur le terrain que certains organigrammes qui concernent les départements de pharmacie ne respectent pas la structure professionnelle définie à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) qui prévoit que le département de pharmacie doit relever du DSP, comme l'ensemble des départements cliniques de l'établissement. Cette portion de l'article de la LSSSS (article 189) ne faisant pas l'objet de modification par le présent projet de loi, l'A.P.E.S. comprend que la volonté du ministre est de maintenir le département de pharmacie et son chef sous l'autorité du DSP. L'A.P.E.S. souhaite que la faille dans les structures de certains établissements soit corrigée.

PROPOSITION N° 1

L'A.P.E.S. recommande que tous les organigrammes des établissements de santé du Québec positionnent le département de pharmacie sous l'autorité exclusive du directeur des services professionnels, comme le prévoit la LSSSS.

1.2. Article 10 (modification de l'article 151)

Cet article prévoit que le ministre peut exiger l'utilisation d'un actif informationnel. Pris à l'échelle des départements de pharmacie, cela signifie qu'un progiciel de pharmacie pourrait éventuellement être imposé par le ministre à l'ensemble des établissements de santé. Bien que l'uniformité que recherche le ministre puisse s'appuyer sur le besoin d'optimiser la gestion des ressources informationnelles, il serait tout de même opportun de prévoir une consultation au préalable des principaux intervenants, en

l'occurrence des pharmaciens, si l'actif informationnel est le progiciel de pharmacie. Dans ce domaine, des recommandations d'organismes importants tels que l'Association nationale des organismes de réglementation en pharmacie (ANORP)² et l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)³ précisent, notamment, que les logiciels de pharmacie doivent avoir des interfaces permettant une interopérabilité des technologies, comme le Dossier Santé Québec (DSQ) et le module électronique du Bilan comparatif des médicaments (BCM). Ces seuls éléments justifient en eux-mêmes la consultation des intervenants concernés par l'actif informationnel que souhaitera imposer le ministre, en l'occurrence les pharmaciens d'établissements dans ce cas précis.

PROPOSITION N° 2

L'A.P.E.S. recommande que l'article 151 prévoit spécifiquement la consultation des départements ou services concernés, particulièrement dans la situation où le ministre souhaite imposer l'utilisation d'un actif informationnel.

2. LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSSS)

2.1. Article 18 (modification de l'article 183)

La modification faite par cet article vise directement à réduire le pouvoir de recommandation du CMDP en faisant de lui un organisme consultatif, notamment à l'égard du plan d'organisation des établissements et des départements ou services desquels doivent relever les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Cette transformation graduelle du rôle du CMDP, le faisant passer progressivement vers un organisme moins important dans la structure des établissements de santé, comporte des risques. Le rôle attendu du CMDP, tant par l'établissement que par les organismes réglementaires qui régissent les activités de ses membres, consiste à assurer une prestation de soins et services de qualité dans l'établissement. Les actes médicaux se situent au cœur des soins prodigués à nos patients. Le CMDP est responsable d'évaluer ces actes médicaux, de même que les actes dentaires et pharmaceutiques. Par conséquent, la structure de laquelle relève lesdits actes n'est pas anodine. Reléguer le CMDP à un rôle simplement consultatif pourrait, à notre avis, avoir éventuellement des effets négatifs sur la qualité des

² NAPRA. Systèmes de gestion de l'exercice de la pharmacie : exigences pour soutenir le modèle de normes de pratique des pharmaciens au Canada; 2016. [en ligne]
http://napra.ca/Content_Files/Files/Systemes_de_gestion_de_lexercice_de_la_pharmacie_novembre2013.pdf.

³ ASHP. ASHP Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals; 2012. [en ligne]
<http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/SettingsGdlMinHosp.aspx>.

soins et services offerts par l'établissement, ce qui nécessiterait alors très certainement un engagement accru de la part des ordres professionnels qui s'appuient en grande partie sur le CMDP pour assurer la qualité des soins.

PROPOSITION N° 3

L'A.P.E.S. recommande le retrait de l'article 18.

2.2. Article 19 (remplacement de l'article 185)

L'article 185 vient confirmer l'obligation pour un établissement de créer le département de pharmacie parmi les départements cliniques prévus à son plan d'organisation. L'A.P.E.S. est satisfaite de cette reconnaissance par le projet de loi du rôle essentiel que joue le département de pharmacie.

Toutefois, le fait que le ministre puisse autoriser un établissement à déroger à cet article préoccupe l'A.P.E.S. Quelles circonstances pourraient bien faire en sorte que le ministre ne souhaite pas la création d'un département de pharmacie par exemple? L'A.P.E.S. croit que si le ministre doit prévoir cette clause de dérogation, celle-ci devrait être assortie d'un mécanisme au sein du MSSS permettant de définir les circonstances dans lesquelles une telle dérogation pourrait s'appliquer.

PROPOSITION N° 4

L'A.P.E.S. recommande qu'un mécanisme soit prévu au sein du MSSS afin de définir les circonstances selon lesquelles le ministre pourrait autoriser une dérogation à l'article 185 comme reformulé dans le PL 130, et ce, pour éviter toute perception de décision prise de manière abusive.

2.3. Article 21 (modification de l'article 189)

Cet article prévoit qu'en cas de refus ou de retard dans l'élaboration de règles d'utilisation des ressources par le chef d'un département clinique, le DSP ou le directeur général (DG) doit le faire. Or, le fait qu'un chef de département « tarde à le faire » est plutôt subjectif et il serait sans doute plus facile d'appliquer cette disposition si un délai clair était proposé et que la clause s'appliquait à l'expiration de ce délai.

En outre, la question du refus préoccupe aussi l'A.P.E.S. Les raisons invoquées pour refuser de rédiger une telle règle pourraient possiblement être fondées. Il appartiendrait alors, à notre avis, au CMDP d'en disposer ou, à tout le moins, de donner son avis sur la nécessité ou non de rédiger cette règle.

De plus, ce type de règle fait appel d'abord à la responsabilité du CMDP. L'A.P.E.S. suggère que ce soit au CMDP ou au DSP d'élaborer ces règles en cas de défaut du chef de département.

PROPOSITION N° 5

L'A.P.E.S. recommande qu'un délai soit prévu en remplacement des mots « tarde à le faire », et ce, afin de faciliter l'application de cette disposition par l'établissement.

PROPOSITION N° 6

En cas de défaut du chef de département concerné, l'A.P.E.S. propose que ce soit au CMDP ou au DSP de procéder à l'élaboration de ces règles.

2.4. Article 22 (modification de l'article 190)

Cet article est similaire à l'article précédent quant au fait qu'il introduit la notion de refus ou de retard dans l'élaboration de règles de soins et de règles d'utilisation des médicaments par un chef de département clinique. Par conséquent, les commentaires formulés précédemment quant aux motifs de refus et à la nécessité d'introduire un délai précis avant d'appliquer la clause demeurent pertinents. L'article précise cette fois que ce sera au CMDP ou au DG d'élaborer lesdites règles en cas de défaut du chef de département. Ici encore, il semble plus naturel de confier cette tâche au CMDP ou au DSP compte tenu de leur rôle respectif dans l'établissement.

PROPOSITION N° 7

L'A.P.E.S. recommande qu'un délai soit prévu en remplacement des mots « tarde à le faire », et ce, afin de faciliter l'application de cette disposition par l'établissement.

PROPOSITION N° 8

En cas de défaut du chef de département concerné, l'A.P.E.S. propose que ce soit au CMDP ou au DSP de procéder à l'élaboration de ces règles.

2.5. Article 27 (modification de l'article 237)

Cet article ne concerne pas les pharmaciens d'établissements. Toutefois, l'A.P.E.S. note qu'en ce qui a trait aux obligations des médecins rattachées à l'octroi de leurs privilèges, le CMDP devient consultatif alors

qu'il devait auparavant émettre une recommandation à l'intention du DG. Comme mentionné en introduction de ce mémoire, cette modification dégage une impression de recul du pouvoir clinique.

2.6. Article 36 (ajout de l'article 433.3)

Le ministre doit, par cet ajout, approuver tout projet de règlement provenant de diverses instances, dont le CMDP et le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP). Les règlements visés concernent surtout la régie interne et, encore une fois, l'objectif d'uniformisation se fait sentir à la lecture de cet article. La question qui se pose raisonnablement ici consiste à savoir si le ministre doit vraiment autoriser TOUS ces projets de règlements, au risque d'alourdir considérablement le processus, ou s'il ne pourrait pas plutôt fournir certaines balises et demander à ces diverses instances de s'y conformer. Il aurait alors tout le loisir de revoir des projets de règlements *a posteriori*, et de demander, si nécessaire, des ajustements.

PROPOSITION N° 9

L'A.P.E.S. propose que l'article 433.3 soit modifié pour indiquer que le ministre doit émettre un cadre sur lequel les diverses instances devront s'appuyer lors de la rédaction de leurs projets de règlements.

3. CHAPITRE I.0.1 APPROVISIONNEMENT EN COMMUN

Puisque les médicaments ne sont pas des biens de consommation ou des fournitures comme les autres, l'A.P.E.S. recommande la plus grande prudence lorsque des modifications touchant les groupes d'approvisionnement sont mises en place et qu'elles incluent l'approvisionnement en médicaments. De nombreux gestionnaires du réseau ont tendance à considérer les médicaments comme une simple catégorie de plus parmi l'ensemble des produits gérés par des appels d'offres que mènent les groupes d'approvisionnement. Or, les médicaments sont des outils technologiques puissants et parfois dangereux, régis par des lois et des règlements, tant au palier provincial que fédéral, et qui requièrent une expertise particulière. Des formulations différentes d'un même médicament, qui peuvent *a priori* sembler interchangeables, peuvent causer des torts considérables si les experts que sont les pharmaciens ne font

pas partie du processus décisionnel. L'histoire démontre clairement le rôle important des pharmaciens dans l'approvisionnement en médicaments⁴.

L'A.P.E.S. tient donc à rappeler qu'il est impératif que les pharmaciens d'établissements demeurent au cœur des décisions régissant l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé du Québec, tant au sein des groupes d'approvisionnement qu'à l'intérieur même des établissements.

3.1. Article 37 (ajout de l'article 435.2)

Le Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques⁵ est entré en vigueur le 26 janvier 2017. À l'égard de la fourniture de médicaments, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) envisage que les cliniques médicales puissent dorénavant s'approvisionner auprès des départements de pharmacie pour certains médicaments. Au-delà des problèmes de logistique importants que cela comporte et de l'inefficacité que cette situation risque d'entraîner dans la gestion des inventaires et des activités du département de pharmacie, un problème majeur interdit aux pharmaciens d'établissements de répondre à cette demande. En effet, une telle distribution de médicaments en gros par le département de pharmacie (et donc par l'établissement) peut être assimilable aux activités d'un grossiste au sens de la loi fédérale (et du règlement en découlant) sur les aliments et drogues⁶. Or, pour agir comme grossiste, il faut détenir une licence d'établissement en vertu des dispositions du titre 1 A de la Partie C du Règlement sur les aliments et drogues⁷, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé au Québec.

Comme le souci du MSSS dans ce dossier est de s'assurer de réduire ses coûts en ayant accès à des tarifs négociés dans le cadre d'appels d'offres menés par les groupes d'approvisionnement, il devient logique de considérer permettre aux cliniques médicales de recourir directement aux grossistes pour s'approvisionner. Pour ce faire, le ministre pourrait, à l'article 435.2, identifier les cliniques médicales parmi les organismes auxquels les groupes d'approvisionnement peuvent offrir des services.

⁴ Bussièrès, Jean-François et Marando, Nancy. De l'apothicaire au spécialiste, Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec. Chapitre 8 : De l'industrie aux achats groupés. A.P.E.S.; 2011. [en ligne]

<http://www.apesquebec.org/sites/default/files/lapes/histoire/histoire-de-la-pharmacie-hospitaliere-au-quebec/6446.pdf>

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. Frais accessoires. [en ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/frais-accessoires>

⁶ Gouvernement du Canada, Loi sur les aliments et drogues (L.R.C. (1985), ch. F-27). [en ligne] <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/F-27/>

⁷ Gouvernement du Canada, Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., ch. 870). [en ligne] http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._870/

PROPOSITION N° 10

L’A.P.E.S. recommande que le ministre identifie les cliniques médicales à l’article 435.2 comme des organismes auxquels les groupes d’approvisionnement peuvent offrir des services, et ce, afin qu’elles puissent bénéficier des prix obtenus par les différents appels d’offres et recourir aux grossistes pour s’approvisionner.

Par ailleurs, l’article 435.2 prévoit la possibilité que certains services soient offerts par un seul groupe d’approvisionnement. Si une telle pratique devait voir le jour pour les achats de médicaments, l’A.P.E.S. suggère que les pharmaciens qui siègent déjà au sein des comités de médicaments des trois groupes d’approvisionnement actuels soient consultés afin d’assurer une transition harmonieuse et sécuritaire, en limitant les risques, notamment en ce qui a trait aux ruptures de médicaments. La gestion des appels d’offres centralisée pour les médicaments devrait ainsi tenir compte d’un calendrier étalé d’appels d’offres pour certaines classes de médicaments, ainsi que d’un nombre significatif de fournisseurs.

Le sujet des ruptures de médicaments a d’ailleurs été abordé antérieurement par l’A.P.E.S. à cette même commission parlementaire, dans le cadre du projet de loi n° 81 Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d’assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d’appel d’offres. Nous invitons le lecteur à consulter la section 4.1 de ce mémoire⁸.

PROPOSITION N° 11

L’A.P.E.S. recommande que l’achat de médicaments ne soit pas confié à un seul groupe d’approvisionnement sans que soit mise à profit l’expertise des pharmaciens d’établissements siégeant aux comités de pharmaciens des trois groupes d’approvisionnement actuels.

3.2. Article 37 (ajout de l’article 435.4)

Cet article traite notamment du calendrier de tous les dossiers d’appels d’offres géré par le groupe d’approvisionnement. Compte tenu des pénuries de médicaments et des ruptures parfois complètes d’approvisionnement, l’A.P.E.S. tient à rappeler qu’en matière de médicaments, le calendrier des appels d’offres au sein d’un groupe d’approvisionnement, tout comme pour les trois groupes d’approvisionnement entre eux, est une donnée sensible qui, lorsque bien gérée, peut contribuer à réduire

⁸ Mémoire sur le projet de loi 81 Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d’assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d’appel d’offres. A.P.E.S.; février 2016. [en ligne] <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/memoires/20160225-memoire-%20pl81.pdf>

le risque de rupture d'approvisionnement en médicaments. Le calendrier permet d'atténuer le risque, mais peut aussi, par exemple, tenir compte de la mise en marché de produits génériques, permettant au groupe de tirer profit de la concurrence au moment de l'appel d'offres.

PROPOSITION N° 12

L'A.P.E.S. réitère la nécessité de toujours inclure des pharmaciens d'établissements au sein des comités de médicaments afin de gérer stratégiquement les calendriers des appels d'offres du groupe d'approvisionnement, et ce, en collaboration avec l'ensemble des groupes d'approvisionnement sur le territoire québécois.

3.3. Article 38 (ajout de l'article 436.02)

Dans le même esprit que pour l'article 435.2, l'A.P.E.S. considère que si les groupes d'approvisionnement devaient éventuellement être fusionnés en un seul groupe, il deviendrait essentiel que les comités de pharmaciens des trois groupes d'approvisionnement actuels soient consultés afin de préparer la transition de manière harmonieuse et ainsi, limiter les risques d'une telle fusion.

PROPOSITION N° 13

L'A.P.E.S. recommande de ne pas fusionner les groupes d'approvisionnement sans que soit mise à profit l'expertise des pharmaciens d'établissements siégeant aux comités de pharmaciens des trois groupes d'approvisionnement actuels.

4. DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

4.1. Article 67

L'article 67 prévoit un délai de trois mois de la date d'entrée en vigueur de l'article 28 pour que les établissements et les CMDP aient revu et déterminé les obligations rattachées aux privilèges dont jouissent les médecins en pratique dans ces établissements. Cet exercice peut s'avérer très long puisque de nombreux médecins et dentistes sont concernés. Il semble irréaliste de requérir que le processus soit complété à l'intérieur d'une période de trois mois seulement. L'A.P.E.S. recommande que le délai prévu pour cet exercice soit plutôt d'un an.

PROPOSITION N° 14

L'A.P.E.S. recommande de modifier le délai prévu à l'article 67 pour le ramener à un an.

CONCLUSION

Les pharmaciens d'établissements sont des professionnels de la santé rigoureux, orientés vers les meilleures pratiques. Cette approche d'amélioration continue fait partie de leur culture. Sans attendre, les pharmaciens mettent continuellement des mesures en place en vue d'optimiser l'usage des médicaments et d'améliorer leur propre performance. Leur rôle clinique a pris son plein essor au moment de leur intégration au sein des CMDP. Aujourd'hui, le tandem que forment le médecin et le pharmacien d'établissement est porteur de résultats concrets quant à une meilleure utilisation des médicaments. De nombreux exemples dans des champs de spécialité variés témoignent de ce phénomène.

Les pharmaciens sont aussi au cœur de la réforme actuelle des structures du réseau de la santé. Que ce soit pour harmoniser les formulaires de médicaments, uniformiser les pratiques en se basant sur les données probantes, optimiser le circuit du médicament, offrir une prestation sécuritaire de soins et services pharmaceutiques pour toutes les clientèles de l'établissement, en courte et en longue durée, les pharmaciens servent de modèles par leur rigueur, leur souci du travail bien fait et l'efficacité des processus qu'ils mettent en place.

Le leadership des pharmaciens gestionnaires (chef du département, adjoints et coordonnateurs) est aussi un modèle de gouvernance clinique qui a donné des résultats. L'expertise pointue de ces cliniciens mise au profit de l'optimisation des processus et de l'usage des médicaments témoigne du besoin de maintenir une structure de gestion souple en pharmacie, mais aussi du rôle essentiel des cliniciens dans la gestion des établissements. L'équilibre entre les pouvoirs clinique et administratif ne doit donc pas basculer d'un côté ou de l'autre. En ce sens, le projet de loi actuel ajoute à la perception d'effritement du pouvoir clinique au détriment du pouvoir des gestionnaires.

L'A.P.E.S. a voulu faire valoir dans ce mémoire la place essentielle qu'occupent et que doivent continuer d'occuper les pharmaciens d'établissements, tant au sein des établissements, notamment des CMDP, que dans les structures environnantes que sont les groupes d'approvisionnement ou encore les CRSP. L'harmonisation des pratiques et des structures peut sans doute apporter des effets positifs à la prestation de soins et services. Toutefois, il ne faut pas éloigner les professionnels des décisions à prendre. Il ne faut pas non plus multiplier le nombre de règles devant recevoir l'approbation du ministre ou de son ministère. D'une part, cela risque de devenir très lourd administrativement, et d'autre part, cela pourrait faire en sorte de réduire le temps disponible pour la prestation de soins et services de santé de qualité et sécuritaire à notre population.

ANNEXE 1 – DÉCLARATION CONJOINTE DES PRÉSIDENTS



Dans chaque établissement de santé, le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) joue un rôle majeur et unique qui lui est conféré par la Loi. Cette structure essentielle au réseau de la santé et des services sociaux du Québec contrôle la qualité des actes et l'excellence des soins dispensés par les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques. L'expertise et les compétences des professionnels qui y siègent permettent d'intégrer l'ensemble des situations cliniques constituant l'essence même de l'offre de service en santé.



Les CMDP doivent demeurer un acteur de premier plan lors de la prise de décisions relatives aux professionnels qu'ils regroupent. Ainsi, leur pouvoir de recommandation au conseil d'administration des établissements ne saurait être réduit, modifié, voire annihilé.



Le rôle des CMDP doit être non seulement maintenu, mais rehaussé afin que soit reconnu et confirmé leur champ d'intervention, garantissant ainsi l'intégrité et la qualité des actes posés par leurs membres. Cette reconnaissance accrue confirmera que les CMDP sont une composante incontournable du système public de santé, et ce, au bénéfice des patients et de la population en général.



Dre Diane Francoeur, présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dr Louis Godin, président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Christopher Lemieux, M.D., président
Fédération des médecins résidents du Québec



M. François Paradis, président
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Dr Serge Langlois, président
Association des chirurgiens dentistes du Québec



Dr Martin Arata, président
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

ANNEXE 2 - LISTE DE PROPOSITIONS

- 1. L'A.P.E.S. recommande que tous les organigrammes des établissements de santé du Québec positionnent le département de pharmacie sous l'autorité exclusive du directeur des services professionnels, tel que le prévoit la LSSSS.**
- 2. L'A.P.E.S. recommande que l'article 151 prévoit spécifiquement la consultation des départements ou services concernés, particulièrement dans la situation où le ministre souhaite imposer l'utilisation d'un actif informationnel.**
- 3. L'A.P.E.S. recommande le retrait de l'article 18.**
- 4. L'A.P.E.S. recommande qu'un mécanisme soit prévu au sein du MSSS afin de définir les circonstances selon lesquelles le ministre pourrait autoriser une dérogation à l'article 185 tel que reformulé dans le PL 130, et ce, afin de faire preuve de transparence et d'éviter toute perception de décision prise de manière abusive.**
- 5. L'A.P.E.S. recommande qu'un délai soit prévu en remplacement des mots « tarde à le faire », et ce, afin de faciliter l'application de cette disposition par l'établissement.**
- 6. En cas de défaut du chef de département concerné, l'A.P.E.S. propose que ce soit au CMDP ou au DSP de procéder à l'élaboration de ces règles.**
- 7. L'A.P.E.S. recommande qu'un délai soit prévu en remplacement des mots « tarde à le faire », et ce, afin de faciliter l'application de cette disposition par l'établissement.**
- 8. En cas de défaut du chef de département concerné, l'A.P.E.S. propose que ce soit au CMDP ou au DSP de procéder à l'élaboration de ces règles.**
- 9. L'A.P.E.S. propose que l'article 433.3 soit modifié pour indiquer que le ministre doit émettre un cadre sur lequel les diverses instances devront s'appuyer lors de la rédaction de leurs projets de règlements.**
- 10. L'A.P.E.S. recommande d'ajouter que le ministre identifie les cliniques médicales à l'article 435.2 comme des organismes auxquels les groupes d'approvisionnement peuvent offrir des services, et ce, afin qu'elles puissent bénéficier des prix obtenus par les différents appels d'offres et recourir aux grossistes pour s'approvisionner.**
- 11. L'A.P.E.S. recommande que l'achat de médicaments ne soit pas confié à un seul groupe d'approvisionnement sans mettre à profit l'expertise des pharmaciens d'établissements siégeant aux comités de pharmaciens des trois groupes d'approvisionnement actuels.**

- 12. L'A.P.E.S. réitère la nécessité de toujours inclure des pharmaciens d'établissements au sein des comités de médicaments afin de gérer stratégiquement les calendriers des appels d'offres du groupe d'approvisionnement, et ce, en collaboration avec l'ensemble des groupes d'approvisionnement sur le territoire québécois.**
- 13. L'A.P.E.S. recommande de ne pas fusionner les groupes d'approvisionnement sans mettre à profit l'expertise des pharmaciens d'établissements siégeant aux comités de pharmaciens des trois groupes d'approvisionnement actuels.**
- 14. L'A.P.E.S. recommande de modifier le délai prévu à l'article 67 pour le ramener à un an.**