

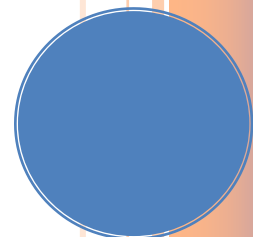
RÉVISION PERMANENTE DES PROGRAMMES :

Consultation des partenaires

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

**Présentées au sous-ministre adjoint, Direction générale du
personnel réseau et ministériel (MSSS)**

Le 23 septembre 2014



AVANT-PROPOS

Ce mémoire est présenté dans le cadre des travaux de la Commission sur la révision permanente des programmes. L'A.P.E.S. y propose des pistes de solution liées à l'utilisation des médicaments et à l'organisation du travail dans les départements de pharmacie des établissements de santé de la province.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	I
TABLE DES MATIÈRES	II
INTRODUCTION	1
1. LA PHARMACOTHÉRAPIE	3
1.1. Les indications cliniques	4
Proposition n° 1	4
Proposition n° 2	4
Proposition n° 3	5
1.2. La revue d'utilisation des médicaments (RUM)	5
Proposition n° 4	6
1.3. La surveillance des antimicrobiens	6
Proposition n° 5	6
1.4. Les effets indésirables	7
Proposition n° 6	7
2. APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS	8
2.1. Les regroupements d'achats	8
Proposition n° 7	8
2.2. Double adjudication	9
Proposition n° 8	9
2.3. Les inventaires de médicaments coûteux	9
Proposition n° 9	10
2.4. Les échantillons	10
Proposition n° 10	10
3. ORGANISATION DU TRAVAIL ET PROCESSUS	11
Les Processus	11
3.1. Le comité de pharmacologie	11
Proposition n° 11	12
Proposition n° 12	12
Proposition n° 13	12
3.2. La distribution des médicaments injectables	12
Proposition n° 14	13

3.3. Les technologies de l'information	13
Proposition n° 15	14
3.4. Les ruptures d'approvisionnement en médicaments	14
Proposition n° 16	15
Proposition n° 17	15
3.5. Les médicaments pour les clientèles inscrites	15
Proposition n° 18	16
3.6. La recherche clinique	16
Proposition n° 19	16
3.7. Le pharmacien régional.....	16
Proposition n° 20	17
3.8. Les corridors de services.....	17
Proposition n° 21	18
3.9. Le dépannage.....	18
Proposition n° 22	18
Proposition n° 23	19
3.10. L'impartition au secteur privé.....	19
Proposition n° 24	19
3.11. L'utilisation optimale des professionnels de la santé	19
Proposition n° 25	20
3.12. La formation du personnel technique	20
Proposition n° 26	20
3.13. Les pharmaciens en première ligne	20
Proposition n° 27	21
CONCLUSION	22

ANNEXE 1 – LISTE DES PROPOSITIONS

ANNEXE 2 – EXEMPLES DE PROJETS EN COURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES

INTRODUCTION

La Commission de révision permanente des programmes, instituée par décret en juin 2014, a pour mandat de mettre en place un processus d'évaluation continue des programmes gouvernementaux afin de recentrer l'action de l'État sur des programmes prioritaires.

Afin de réaliser son mandat, la Commission souhaite recueillir les opinions, idées, propositions ou pistes de solution de différents acteurs de la société. C'est dans cette perspective que l'A.P.E.S. a reçu une invitation à participer à cette consultation.

L'A.P.E.S. tient à remercier le sous-ministre adjoint, monsieur Marco Thibault, de lui donner l'opportunité de participer à ce débat. Consciente de l'état des finances publiques, l'A.P.E.S. considère important de faire preuve d'ouverture dans la recherche de solutions.

Depuis plus de 40 ans, les pharmaciens d'établissements œuvrent pour que leur expertise soit pleinement utilisée. Ils ont fait la preuve de leur apport significatif au réseau de la santé. Leurs actions, que ce soit la participation des pharmaciens aux groupes d'achats, la mise sur pied de formulaires de médicaments ou encore l'intégration des pharmaciens aux différentes équipes de soins, ont grandement contribué à freiner l'augmentation des dépenses en médicaments. Sans ces mesures, 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, de par ses connaissances étendues des thérapeutiques, a un rôle crucial à jouer pour limiter la croissance des dépenses dans le réseau de la santé.

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

Dans ce contexte, l'A.P.E.S. est heureuse de présenter ici des éléments constituant des pistes pour optimiser les programmes en place, particulièrement ceux qui relèvent de l'expertise des pharmaciens d'établissements. Les propositions de l'A.P.E.S. s'articulent autour de trois grands axes : la pharmacothérapie, l'approvisionnement en médicaments, puis l'organisation du travail et les processus.

1. LA PHARMACOTHÉRAPIE

Les dépenses en médicaments augmentent continuellement au Québec, autant dans les établissements de santé que dans le Régime général d'assurance-médicaments (RGAM). En 2012-2013, les dépenses en médicaments des établissements de santé ont augmenté de 5 % par rapport à l'année précédente pour totaliser 639 millions de dollars, dont 40% étaient attribués aux antinéoplasiques. Cette augmentation est préoccupante, et ce, malgré le fait qu'elle soit moins importante que celle enregistrée dans le RGAM. D'ailleurs, les établissements de santé ont un rôle à jouer pour freiner l'augmentation des dépenses du RGAM. En effet, certains des médicaments les plus coûteux pour l'État québécois, comme par exemple les hypolipémiants, peuvent être initiés durant l'hospitalisation des patients, ce qui a un impact à long terme sur le RGAM.

L'A.P.E.S. souhaite souligner que de nombreux projets sont en cours dans les établissements de santé du Québec en vue d'optimiser la pharmacothérapie des patients et ainsi mieux contrôler la croissance des dépenses en médicaments. Quelques-uns de ces projets, dont la liste se trouve à l'annexe 2, pourraient générer d'importantes économies s'ils étaient étendus à l'ensemble des établissements concernés. Cette liste n'étant pas exhaustive, il y a un intérêt certain à en faire un véritable recensement afin de trouver d'autres pistes de solutions visant à optimiser l'utilisation des médicaments.

1.1. Les indications cliniques

L'utilisation des médicaments en établissement de santé ne se fait pas toujours à l'intérieur de balises serrées quant aux indications cliniques et aux résultats de santé attendus. À cet égard, il est nécessaire de revoir l'utilisation de certains médicaments, notamment chez certaines clientèles. Par exemple, est-il pertinent de prescrire des hypolipémiants à des personnes âgées de plus de 80 ans en prévention secondaire? La pertinence d'utiliser ces molécules est-elle vraiment démontrée pour cette catégorie de patients?

Par ailleurs, l'utilisation de plus en plus large de la chimiothérapie préoccupe les pharmaciens d'établissements qui constatent une augmentation importante des coûts pour des résultats cliniques parfois mitigés. Compte tenu des effets indésirables pour les patients et des coûts des antinéoplasiques, les pharmaciens sont convaincus de la nécessité d'encadrer l'utilisation de la chimiothérapie, particulièrement chez les patients en fin de vie. Évidemment, cet encadrement requiert du même coup un accès à des soins palliatifs pouvant prendre en charge ces patients et leur offrir l'accompagnement et le soulagement requis par leur état.

PROPOSITION N° 1

L'A.P.E.S. recommande que des positions claires soient émises par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en vue de déterminer pour quelles clientèles l'utilisation des hypolipémiants est optimale. Ces critères, une fois adoptés, devraient être liés aux mécanismes de remboursement de la RAMQ afin de n'offrir la couverture de ces médicaments qu'aux clientèles pour lesquelles les résultats sont probants.

PROPOSITION N° 2

L'A.P.E.S. recommande que la Direction québécoise du cancer, en collaboration avec l'INESSS, élabore des balises claires afin d'encadrer l'utilisation de la chimiothérapie, plus particulièrement chez les patients en fin de vie, et que seuls les médicaments faisant partie des protocoles reconnus soient financés par l'État.

Des mesures déjà en place peuvent nous inspirer pour optimiser l'utilisation des médicaments et ainsi générer des économies importantes. En 2013, l'INESSS a produit un avis qui a amené la RAMQ à ne rembourser que quelques inhibiteurs de la

pompe à protons (IPP). Cette action a eu un impact immédiat et considérable sur les coûts liés à l'utilisation de cette classe de médicaments. L'INESSS devrait avoir un rôle décisionnel accru dans la mise en place de ce type de recommandations. De plus, ses guides et protocoles devraient, lorsque les données sont probantes, être liés au financement des médicaments (tant pour la liste des établissements que pour celle du RGAM) afin de ne rembourser (ou financer) que ceux qui sont reconnus comme étant véritablement efficaces pour une indication particulière.

PROPOSITION N° 3

L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS soit une instance dotée d'un rôle décisionnel accru afin de lier le remboursement et le financement des médicaments à ses recommandations et protocoles basés sur les données probantes.

1.2. La revue d'utilisation des médicaments (RUM)

L'un des moyens les plus précis pour continuellement s'assurer d'un usage optimal des médicaments demeure la RUM qui consiste en l'évaluation pratique, à partir de dossiers patients, de l'utilisation de certains médicaments. En compilant les résultats observés, il devient alors possible d'informer les prescripteurs du respect ou non des critères d'utilisation de ces médicaments. Cette méthode constitue un outil pédagogique puissant pour modifier les pratiques de prescription et améliorer l'utilisation des médicaments.

Toutefois, il faut s'assurer de faire une RUM pertinente. Pour y parvenir, un réseau doit être constitué afin de déterminer les classes de médicaments à réviser de même que les critères objectifs à utiliser. Un tel réseau a déjà existé et avait produit un certain nombre de résultats. Aujourd'hui, la RUM doit être arrimée à l'INESSS, particulièrement au volet de l'usage optimal.

La RUM nécessite cependant des ressources humaines dédiées à la réalisation des projets, tant au sein de l'INESSS que localement dans les établissements de santé. En revanche, l'A.P.E.S. est convaincue que les économies générées dépasseront largement les ressources consenties à la mise en place de la RUM.

Un Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM) existe déjà dans les départements de pharmacie des centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans

ces établissements, des pharmaciens sont dédiés à la révision des pratiques en matière de pharmacothérapie et font aussi de la RUM. Les résultats sont rendus disponibles sur le site [Web du PGTM](#) et peuvent servir à toute la communauté de pharmaciens. Bien que cette structure créée par les CHU réponde surtout à des problématiques identifiées par ces derniers, le résultat est probant et un réseau du même type pourrait être envisagé pour tous les établissements de santé du Québec, en lien avec l'INESSS.

PROPOSITION N° 4

L'A.P.E.S. recommande de mettre en place un réseau de révision des pratiques en matière de pharmacothérapie et de RUM, sur le modèle du PGTM, lié à l'INESSS.

1.3. La surveillance des antimicrobiens

Les risques associés à une mauvaise utilisation des antimicrobiens dépassent largement la simple question des coûts bruts de médicaments. En effet, un mauvais usage engendre des résistances dont les conséquences peuvent être dramatiques. Les coûts indirects liés à des infections nosocomiales par exemple, peuvent être très élevés. Agrément Canada a intégré cette notion de « gérance des antimicrobiens » à ses pratiques organisationnelles requises, ce qui en confirme l'importance. Toutefois, au Québec, peu d'établissements ont mis en place un programme de surveillance, et ce, malgré la circulaire 2011-021 émise par le MSSSS en juin 2011. Les raisons principalement évoquées par les établissements pour expliquer leur incapacité à répondre à la demande du MSSS concernent d'abord le manque de ressources humaines en termes de pharmaciens ainsi que l'absence de soutien au plan informatique. Pourtant, les sommes éventuellement épargnées par la mise en place d'un tel programme justifient amplement l'investissement initialement requis.

PROPOSITION N° 5

L'A.P.E.S. recommande que le programme de surveillance des antimicrobiens souhaité par le MSSS s'accompagne des ressources nécessaires à sa mise en place.

1.4. Les effets indésirables

L'utilisation de médicaments comporte des risques liés aux effets indésirables et face à la multitude de médicaments sur le marché, les interactions médicamenteuses sont de plus en plus complexes à gérer. Dans ce contexte, bon nombre de patients consultent ou sont hospitalisés pour des problèmes causés par leurs médicaments. D'ailleurs, les réactions indésirables aux médicaments seraient une importante cause de mortalité.

Selon Agrément Canada, « le quart des personnes âgées ont trois maladies chroniques ou plus, lesquelles doivent souvent être traitées en utilisant plusieurs médicaments. Ces personnes âgées présentent un risque plus élevé d'événements indésirables liés à l'utilisation de médicaments, ainsi que de visites imprévues au service des urgences et à l'hôpital ». Dans un contexte de vieillissement de la population, les coûts engendrés par les effets indésirables des médicaments sont appelés à croître. On constate également que les normes d'Agrément Canada exigent un suivi plus rigoureux des effets indésirables par les établissements de santé.

Toutefois, en situation de pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé, sans ajout de ressources, cette norme demeurera un vœu pieux. L'A.P.E.S. propose que des ressources soient ajoutées de manière à permettre aux pharmaciens de référer les cas observés dans leur pratique à un pharmacien désigné pour en assurer le suivi et faire les déclarations. Nous croyons fermement que les économies engendrées par une meilleure surveillance des effets indésirables seront nettement supérieures aux dépenses liées à la création de tels postes.

PROPOSITION N° 6

L'A.P.E.S. recommande la création de postes de pharmaciens en pharmacovigilance dans les établissements de santé.

2. APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS

2.1. Les regroupements d'achats

Depuis plus de 30 ans, les pharmaciens se sont engagés dans les regroupements d'achats, ce qui a généré des économies importantes pour les établissements de santé. Ces regroupements ont également permis de maintenir des prix plus bas dans le réseau de la santé que dans le Régime général d'assurance-médicaments (RGAM). Malgré cela, des mesures peuvent encore être mises en place pour améliorer la situation.

Le récent [rapport du Vérificateur général](#) a mis en lumière certaines problématiques liées à l'approvisionnement en médicaments au Québec. La mise en commun de données sur les contrats octroyés et le suivi des prix pour chacun des médicaments pour s'assurer d'un écart raisonnable entre les différents regroupements d'achats sont deux éléments identifiés dans le rapport qui sont en voie d'être corrigés par les pharmaciens membres des trois groupes d'approvisionnement de la province.

Afin de fournir un soutien aux regroupements d'achats et améliorer le processus d'appels d'offres, des mesures légales devraient être mises en place pour éviter que des compagnies pharmaceutiques contournent le processus d'appel d'offres et fassent plutôt des propositions directement aux établissements. De même, les établissements de santé devraient aussi être contraints de s'approvisionner par l'intermédiaire des contrats négociés par les regroupements d'achats et ne pas signer de contrats avec des fournisseurs qui refusent de participer aux appels d'offres.

PROPOSITION N^o 7

L'A.P.E.S. recommande que les lois et règlements en vigueur soient amendés afin de prévoir des pénalités pour des compagnies pharmaceutiques qui offrent des contrats directement aux établissements de santé au lieu de participer aux appels d'offres faits par les Regroupements d'achats québécois.

2.2. Double adjudication

La réglementation en vigueur au Québec interdit aux Regroupements d'achats d'octroyer un contrat pour un médicament à plus d'un fournisseur. Or, cette pratique a créé par le passé des situations de pénuries de médicaments très importantes. Par conséquent, autoriser les regroupements d'achats à octroyer un même contrat pour certains médicaments critiques à deux fournisseurs permettrait sans aucun doute de réduire le nombre de ruptures d'approvisionnement observées.

PROPOSITION N° 8

L'A.P.E.S. recommande de modifier les règlements en vigueur pour permettre la double adjudication de certains médicaments afin de réduire les risques de ruptures d'approvisionnement.

2.3. Les inventaires de médicaments coûteux

Chacun des départements de pharmacie se doit de garder en inventaire des produits coûteux, comme les antinéoplasiques ou certains médicaments obtenus par le Programme d'accès spécial, qui doivent absolument être disponibles dans un délai raisonnable en cas de besoin. Or, ces médicaments, lorsqu'ils ne sont pas utilisés et qu'ils expirent, doivent être jetés.

Pour réduire ce gaspillage et diminuer les coûts des inventaires, l'A.P.E.S. propose qu'une liste de médicaments soit constituée aux fins de conservation en inventaire dans un nombre réduit d'établissements de santé. Ces derniers pourraient s'assurer de mettre ces produits à la disposition des autres départements de pharmacie au besoin. Une telle pratique a d'ailleurs été mise en place dans les dernières années, à l'instigation de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui a travaillé sur un mode de regroupement des antidotes dans un nombre restreint d'établissements de santé. Les inventaires sont alors mis à la disposition des départements de pharmacie avoisinants, lesquels peuvent les faire venir en cas de besoin sans toutefois devoir les maintenir eux aussi en inventaire.

PROPOSITION N° 9

L’A.P.E.S. recommande que soit évaluée la possibilité de concentrer les inventaires de certains médicaments coûteux dont l’utilisation est plus rare dans certains établissements, selon le modèle utilisé pour les antidotes.

2.4. Les échantillons

La Politique du médicament, publiée en 2007, identifiait déjà la gestion d’échantillons dans le réseau de la santé comme une problématique à résoudre. Encore aujourd’hui, le problème demeure entier puisque rien n’a été fait au plan légal et réglementaire pour réduire ou encadrer l’utilisation des échantillons dans les établissements de santé, et ce, malgré les normes d’Agrément Canada qui vont en ce sens. Certains départements de pharmacie tentent de mettre en place une politique interne visant à encadrer l’utilisation des échantillons et même, dans certains cas, à la bannir. Toutefois, sans encadrement plus large au plan légal, les pouvoirs des pharmaciens sont très limités en cette matière.

PROPOSITION N° 10

L’A.P.E.S. recommande que soit mis en place un encadrement légal visant à bannir l’utilisation d’échantillons de médicaments dans les établissements de santé.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL ET PROCESSUS

De nombreux éléments peuvent être identifiés pour optimiser les processus internes et l'organisation du travail dans les établissements de santé. Pour la plupart, il s'agit de situations de duplication dans lesquelles chacun des établissements, chacun des départements de pharmacie réinvente la roue à sa manière. Que ce soit faute d'accepter le cadre offert ou encore parce que les particularités de chacun prennent le pas, il n'en demeure pas moins que des sources d'économies à cet égard sont encore possibles au sein de nos établissements.

LES PROCESSUS

3.1. Le comité de pharmacologie

Les comités de pharmacologie, institués par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), sont présents dans plus d'une centaine d'établissements de santé. Ces comités ont été indispensables au fil du temps pour favoriser une meilleure utilisation des médicaments dans les établissements de santé. Par contre, en matière d'ajout de médicaments au formulaire, il y a lieu de se questionner sur la duplication de ces activités entre les établissements. Ainsi, l'A.P.E.S. est d'avis que le rôle des comités de pharmacologie pourrait être revu en vue d'éliminer le dédoublement de certaines tâches, et ce, en contrepartie d'un soutien accru de la part de l'INESSS.

En outre, les établissements de santé possèdent chacun leur propre formulaire de médicaments. Ne serait-il pas envisageable de créer un comité de pharmacologie régional par exemple, permettant aux établissements d'une même région de n'avoir qu'un seul et même formulaire de médicaments?

Au moment de la création de l'INESSS, l'A.P.E.S. avait demandé que les avis de l'organisme soient publiés afin de servir d'outils pédagogiques pour les professionnels de la santé. L'INESSS fait un travail colossal et devient de plus en plus transparent dans les décisions qu'il rend, si bien que les comités de pharmacologie utilisent aujourd'hui ses décisions dans leur propre établissement. Pour éviter de refaire le travail, les établissements de santé doivent cependant apprendre à utiliser les données telles que présentées sans toujours chercher à les adapter aux particularités propres à leur établissement. En vue d'y parvenir, l'INESSS devra tenir compte d'un calendrier adapté aux établissements de santé, permettant une évaluation plus rapide

des molécules commercialisées et dont l'utilisation en établissement de santé précède trop souvent l'analyse de l'INESSS.

D'autre part, l'INESSS doit aujourd'hui offrir un soutien accru aux pharmaciens en leur fournissant les outils nécessaires (modalités de préparation, mode d'administration, monitoring, etc.) pour une meilleure utilisation des molécules nouvellement acceptées au formulaire québécois. En plus d'éviter que de tels documents soient produits dans chaque établissement, cette façon de faire permettrait d'uniformiser l'utilisation des médicaments.

PROPOSITION N^o 11

L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS adopte un calendrier permettant de produire plus rapidement des analyses de molécules utilisées en établissement de santé.

PROPOSITION N^o 12

L'A.P.E.S. recommande que les rôles et responsabilités des comités de pharmacologie soient revus de manière à les rendre plus pertinents, notamment par une régionalisation des activités liées à la constitution du formulaire de médicaments.

PROPOSITION N^o 13

L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS produise et diffuse les outils requis pour l'utilisation des médicaments nouvellement inscrits au formulaire québécois.

3.2. La distribution des médicaments injectables

Au printemps 2014, l'Ordre des pharmaciens du Québec a publié [deux normes](#) sur la préparation de produits stériles dangereux et non dangereux. Ces normes requièrent une mise à niveau des installations dans les établissements de santé, ce qui signifie que des investissements importants doivent être faits dans les infrastructures et équipements des départements de pharmacie.

La centralisation de la préparation de médicaments injectables doit être envisagée dans certaines régions du Québec, plus particulièrement en milieu urbain, pour diminuer les coûts. Si deux établissements se trouvent relativement près l'un de

l'autre, et que l'un d'eux a un volume important d'activités alors que l'autre a un volume moindre, est-ce nécessaire de construire une centrale stérile conforme aux normes aux deux endroits? N'est-il pas préférable de prévoir de plus grands espaces et plus d'équipements et de ressources à un seul endroit qui serait alors chargé de desservir l'autre établissement?

Il n'est pas nécessairement économique de centraliser toutes les préparations. Toutefois, une analyse devrait être faite afin d'évaluer la possibilité de regrouper certaines préparations stériles, particulièrement dans les milieux urbains où les établissements sont relativement près les uns des autres.

PROPOSITION N^o 14

L'A.P.E.S. recommande que soit évaluée la possibilité de regrouper la préparation de médicaments stériles dans certains établissements se situant à proximité les uns des autres.

3.3. Les technologies de l'information

Les départements de pharmacie ne bénéficient pas tous de technologies de l'information performantes pour les appuyer dans leur travail. Certains départements de pharmacie n'ont pas accès à des systèmes interfacés avec les données de laboratoire, d'autres ne disposent pas des équipements requis pour numériser les ordonnances, ou encore, n'ont pas accès aux bases de données cliniques requises pour travailler auprès des patients. Ces éléments entraînent non seulement des complications et des retards dans la livraison des médicaments aux unités de soins, mais également des limitations quant au travail à distance en cas de rupture de services. Il va sans dire que les failles informatiques et technologiques nuisent grandement à la performance des départements de pharmacie et à la mise en place d'indicateurs rigoureux. Sans oublier le nécessaire arrimage avec le Dossier de Santé Québec (DSQ) qui n'en est que plus difficile à réaliser et qui est pourtant un outil incontournable pour optimiser l'utilisation des professionnels de la santé. On observe d'ailleurs déjà des lacunes importantes avec le premier module du DSQ rendu disponible dans les salles d'urgence des établissements de santé.

Il y aurait lieu d'établir les paramètres nécessaires pour les systèmes d'information des départements de pharmacie. L'A.P.E.S. a d'ailleurs collaboré à un [document de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie \(ANORP\)](#)

allant dans ce sens. Le Québec pourrait très certainement s'en inspirer. De même, la mise en place d'un système informatique commun aux établissements d'une région améliorerait la performance et permettrait aux établissements de s'entraider en cas de pénurie critique ou de rupture de services. Le développement d'outils d'aide à la décision et de logiciels de prescription en ligne pour les médecins sont aussi des voies pouvant améliorer la performance des pharmaciens d'établissements.

PROPOSITION N° 15

L'A.P.E.S. recommande de favoriser la mise en place d'outils technologiques permettant d'augmenter la performance des pharmaciens d'établissements (systèmes d'information, numérisation des ordonnances, accès aux données de laboratoire, aux bases de données scientifiques et à la prescription en ligne).

3.4. Les ruptures d'approvisionnement en médicaments

Depuis quelques années, les ruptures d'approvisionnement en médicaments sont récurrentes et ont un impact sur l'utilisation des ressources et sur les coûts liés aux médicaments dans les départements de pharmacie. L'A.P.E.S. a estimé que le temps passé à gérer les ruptures en médicaments dans toute la province de Québec représente approximativement 39 ETP assistants-techniques et 31 ETP pharmaciens, ce qui totalise près de 5 millions de dollars annuellement (enquête menée en mars 2014). Il s'agit donc d'un coût indirect significatif.

L'Ordre des pharmaciens du Québec, conjointement avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'A.P.E.S., a publié, en 2012, un [rapport](#) faisant état des problèmes et des solutions à mettre en place pour réduire cette problématique.

Toutefois, encore aujourd'hui, chacun des établissements travaille isolément à chercher un médicament de remplacement, à préparer les informations cliniques pour le personnel infirmier (administration, effets secondaires, monitoring) et à informer les assistants-techniques de la pharmacie des modalités de préparation du médicament de remplacement. De nombreuses recommandations inscrites au rapport publié par l'OPQ peuvent remédier à cette situation. La création d'une entité provinciale pour gérer les ruptures de médicaments constituerait un moyen d'éviter les dédoublements actuels.

PROPOSITION N° 16

L’A.P.E.S. recommande que l’INESSS mette en place un comité d’experts chargé de faire ses recommandations aux cliniciens lors de rupture complète ou partielle de médicaments.

PROPOSITION N° 17

L’A.P.E.S. recommande qu’une entité coordonnatrice provinciale soit créée afin de soutenir les établissements dans la gestion des ruptures de médicaments.

3.5. Les médicaments pour les clientèles inscrites

En vertu des lois en vigueur, l’établissement de santé a l’obligation de fournir tous les médicaments à ses patients inscrits à l’urgence et admis. Or, cette pratique crée un gaspillage considérable de médicaments. La majorité des patients arrive à l’urgence avec leurs médicaments en main, puisqu’on les incite à le faire afin de constituer le profil pharmacologique à l’arrivée. Ces médicaments sont alors mis de côté et le département de pharmacie servira à nouveau la quasi-totalité de ce qui était prescrit à l’arrivée. Pour certains médicaments, comme par exemple les crèmes, les onguents, les gouttes et les inhalateurs, le patient n’utilisera qu’une fraction de ces produits pendant son séjour à l’urgence. Si le patient quitte sans être admis, tous les médicaments servis devront alors être jetés.

Sous la contrainte budgétaire, certains établissements ont d’ores et déjà décidé de ne plus servir les médicaments jugés non essentiels durant le séjour du patient. Évidemment, il y a un risque à procéder de cette manière, soit celui que le patient ait l’impression que ces médicaments ne sont pas nécessaires et qu’il cesse de les prendre à son retour à la maison.

Par ailleurs, il faut noter qu’aujourd’hui, les médecins voient leurs patients en clinique externe alors qu’autrefois ces visites avaient cours en cabinet privé. Certains médicaments sont administrés sur place, sans que le plateau technique de l’établissement soit requis. Cette situation crée beaucoup de confusion pour les patients, et même pour les départements de pharmacie, puisque dans certains cas l’établissement fournira gratuitement le médicament, alors que dans d’autres situations, ce sera le patient qui apportera son propre médicament.

Il y a lieu de revoir l'ensemble de ces règles de manière à rendre cohérent et équitable l'accès aux médicaments fournis gratuitement par les établissements de santé. De plus, les activités médicales devant être réalisées à l'intérieur des établissements de santé doivent également être revues.

PROPOSITION N° 18

L'A.P.E.S. recommande qu'un vaste chantier soit mis en place afin de revoir les règles qui encadrent la gratuité des médicaments fournis dans les établissements de santé, particulièrement pour les clientèles inscrites.

3.6. La recherche clinique

De nombreux établissements participent à la recherche clinique portant sur les médicaments. Les coûts associés à cette recherche peuvent être importants, tant en termes de ressources humaines que d'infrastructures et d'équipements requis pour conserver et distribuer les médicaments. Pour certains établissements, les sommes consenties par l'industrie pharmaceutique permettent de recouvrer les dépenses. Toutefois, pour la majorité des établissements, les coûts sont en partie assumés par l'établissement.

Il y aurait donc lieu de mieux encadrer la recherche clinique portant sur les médicaments et d'établir des paramètres de remboursement permettant aux établissements de ne pas faire les frais de la recherche clinique réalisée au Québec.

PROPOSITION N° 19

L'A.P.E.S. recommande que des règles soient émises en ce qui a trait à la facturation des activités de recherche clinique réalisées par les établissements de santé, notamment en ce qui concerne les soins et services pharmaceutiques.

3.7. Le pharmacien régional

Plusieurs des activités réalisées dans chacun des départements de pharmacie pourraient être mises en commun grâce à la création d'un poste de pharmacien régional, ce qui permettrait ainsi d'éviter le dédoublement.

Des projets-pilotes sont déjà en cours. Par exemple, de nombreuses normes nouvelles (Norme sur la préparation de produits stériles en pharmacie, Norme sur la

préparation de produits stériles dangereux en pharmacie, Norme sur les préparations magistrales non stériles en pharmacie, Normes sur les médicaments d'Agrément Canada, etc.) ont fait leur apparition au cours des dernières années et requièrent un travail colossal d'actualisation de la part des pharmaciens d'établissements. À partir de sommes allouées par le MSSS pour des projets d'organisation du travail, certains établissements ont créé un poste de pharmacien régional qui met à la disposition de tous les établissements de sa région le résultat de son travail. Ce modèle est à préconiser et il importe de dégager les sommes requises pour créer ces postes régionaux qui, à la longue, feront épargner du temps et de l'argent à l'ensemble des établissements d'une région.

PROPOSITION N^o 20

L'A.P.E.S. recommande que les sommes mises à la disposition des pharmaciens d'établissements pour des projets d'organisation du travail soient reconduites dans la prochaine entente de travail.

3.8. Les corridors de services

À l'aide d'outils technologiques et de systèmes informatiques plus performants et communs à une région ou à un territoire, on peut facilement imaginer que des corridors de services spécialisés en pharmacie puissent être mis en place afin d'aider les collègues des régions éloignées ou encore, des collègues des milieux urbains ne disposant pas d'une expertise particulière. La télépharmacie, à l'instar de la télémédecine, pourrait éventuellement être utilisée pour soutenir les collègues en créant un réseau bien défini de services spécialisés à distance.

Pour parvenir à mettre en place un tel réseau, il est essentiel de reconnaître la spécialisation en pharmacothérapie avancée, premier jalon d'une organisation hiérarchisée de soins et services en pharmacie. La spécialisation permettrait de distinguer éventuellement le travail des pharmaciens spécialistes de celui des généralistes et de formaliser les rôles et responsabilités de chacun, tout en établissant des corridors de services entre les pharmaciens afin que les spécialistes soient en soutien aux pharmaciens généralistes.

L'A.P.E.S. a d'ailleurs adopté un [énoncé de position](#) sur le sujet en mai dernier.

PROPOSITION N° 21

L'A.P.E.S. recommande que la hiérarchisation des soins et services en pharmacie se fasse sur la base de la reconnaissance de la spécialisation en pharmacothérapie avancée.

3.9. Le dépannage

L'A.P.E.S. demande depuis plusieurs années déjà à ce que le dépannage en pharmacie d'établissement soit encadré et même qu'un plan menant vers l'abolition du dépannage soit mis en place par le MSSS. Les coûts liés au dépannage sont croissants et ont atteint près de 14 millions \$ en 2011-2012. Cet argent aurait pu permettre, à la même époque, de payer trois fois plus de pharmaciens s'ils avaient été à l'emploi des établissements de santé. En plus de la dimension économique liée au dépannage, on ne peut passer sous silence le fait que des pharmaciens à l'emploi d'un établissement vont nécessairement s'engager dans les activités du département de pharmacie, ce qui rend leur apport davantage productif.

La promotion de la profession auprès de la relève constitue la seule voie pour attirer plus de pharmaciens dans le réseau de la santé et ainsi réduire le recours aux pharmaciens dépanneurs. Depuis peu, on note un intérêt plus marqué des étudiants en pharmacie envers la pratique en établissement de santé. Après 15 années passées à tenter de rétablir un équilibre de main-d'œuvre entre les secteurs public et privé, le moment semble propice pour donner un coup de barre et former davantage de pharmaciens d'établissements. Le MSSS devrait profiter de cet intérêt des étudiants en pharmacie envers la pratique en établissement de santé pour annoncer rapidement l'augmentation du nombre de bourses à la maîtrise en pharmacothérapie avancée en vue de les faire passer de 70 à 85.

PROPOSITION N° 22

L'A.P.E.S. recommande que les travaux portant sur l'encadrement du dépannage soient accélérés et menés en concertation avec l'A.P.E.S.

PROPOSITION N° 23

L’A.P.E.S. recommande que le MSSS porte rapidement de 70 à 85 le nombre de bourses accordées aux étudiants s’engageant dans le programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée et qu’il en fasse la promotion.

3.10. L’impartition au secteur privé

Certains établissements ont choisi d’impartir la distribution de leurs médicaments, particulièrement en soins de longue durée. Cette pratique coûteuse devrait être remise en question. D’une part, le service offert est parfois minimal et se limite alors à livrer les médicaments prescrits. D’autre part, le fait de se priver d’un pharmacien au sein même de l’établissement occulte toutes les autres fonctions de ce pharmacien, que ce soit l’analyse de la pharmacothérapie des patients, la participation aux équipes interdisciplinaires, la formation donnée au personnel infirmier et médical, ou encore l’élaboration de protocoles. Il est essentiel de voir la globalité des soins et services que peut offrir un pharmacien, particulièrement aux personnes âgées, et ne pas se limiter à regarder le coût strict de distribution des médicaments.

PROPOSITION N° 24

L’A.P.E.S. recommande que le MSSS s’assure de rapatrier dans le secteur public tous les contrats de services donnés au secteur privé pour la distribution des médicaments.

3.11. L’utilisation optimale des professionnels de la santé

La nouvelle loi sur la pharmacie, *Loi 41*, vise une meilleure utilisation des pharmaciens au service de la population québécoise. En établissement de santé, la mise en œuvre de cette loi permettra, dans une certaine mesure, de réduire le recours aux ordonnances collectives. Ce processus laborieux ne servira dorénavant qu’à permettre aux pharmaciens d’initier des thérapies médicamenteuses. Éventuellement, il serait opportun d’éliminer complètement, pour les pharmaciens d’établissements, l’utilisation des ordonnances collectives en leur permettant d’initier eux-mêmes les traitements médicamenteux. Dans l’intervalle, il convient de revoir régulièrement le rôle de chaque intervenant de l’équipe de soins afin d’éviter les duplications dans le travail de chacun. La valeur ajoutée de chaque professionnel de

la santé doit être le facteur déterminant pour choisir le meilleur intervenant dans chacune des situations.

PROPOSITION N° 25

L’A.P.E.S. recommande que soit mise en application dans les meilleurs délais la Loi 41.

3.12. La formation du personnel technique

L’A.P.E.S. milite depuis plus de quinze ans en faveur du rehaussement de la formation du personnel technique dans les établissements de santé.

Actuellement, ce sont les pharmaciens qui se chargent de la formation et de la certification annuelle des assistants-techniques pour que les tâches de vérification contenant-contenu ou encore la préparation des médicaments stériles leur soient déléguées. De nombreuses tâches administratives sont également encore réalisées par les pharmaciens (par exemple remplir les formulaires pour les médicaments d’exception, pour le Programme d’accès spécial, etc.).

Les heures dédiées par les pharmaciens à ces tâches techniques sont autant d’heures perdues pour les patients. Un personnel technique dont la formation serait rehaussée permettrait une délégitation de tâches accrue par les pharmaciens d’établissements, rendant ces derniers beaucoup plus performants.

PROPOSITION N° 26

L’A.P.E.S. recommande que les travaux mis en place par l’OPQ, en collaboration avec le MSSS, devant mener à un rehaussement de la formation du personnel technique en pharmacie soient accélérés.

3.13. Les pharmaciens en première ligne

L’accès à des soins de santé en première ligne a un impact positif sur le réseau de la santé au Québec en réduisant l’utilisation des ressources de 2^e et 3^e ligne tout en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées. Les pharmaciens ont longtemps été écartés de ce secteur de soins. Or, leur présence y est indispensable, que ce soit pour assister les médecins dans la prise en charge de patients dont la pharmacothérapie est plus complexe ou pour faire le pont avec les pharmaciens du secteur privé, en vue d’offrir de meilleurs soins pharmaceutiques aux patients.

L'intervention du pharmacien en première ligne permet, par exemple, de surveiller la non-observance au traitement, une pratique qui a un impact important sur les coûts de santé. L'A.P.E.S. a émis en juillet dernier un [énoncé de position](#) sur le rôle du pharmacien au sein des structures de première ligne. Nous croyons qu'il est essentiel que les pharmaciens soient intégrés aux structures de première ligne (GMF, UMF, CLSC, CRI), tout en étant à l'emploi d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

PROPOSITION N° 27

L'A.P.E.S. recommande que les pharmaciens fassent partie intégrante des équipes de soins de première ligne, tout en étant rattachés au département de pharmacie des CSSS.

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. Naturellement, cela ne veut pas dire que tout a été fait pour autant. Au contraire, de nombreuses opportunités sont encore présentes pour continuer à améliorer la performance des pharmaciens d'établissements en plus d'optimiser l'usage des médicaments.

Ce sont ces pistes de solutions que l'A.P.E.S. a souhaité partager avec le MSSS. Le gouvernement québécois s'est lancé dans une vaste révision des programmes. Sans prétendre détenir l'expertise requise pour commenter l'ensemble des programmes de l'État québécois, les pharmaciens d'établissements ont tenu à présenter une opinion éclairée sur des sujets qu'ils maîtrisent. C'est ainsi que les pistes de solution évoquées touchent trois grands volets : la pharmacothérapie, l'approvisionnement en médicaments de même que l'organisation du travail et les processus.

Nous souhaitons vivement que les solutions proposées pourront faire leur chemin et mener à de meilleurs résultats de santé. Certaines de ces recommandations nécessiteront sans aucun doute une analyse plus approfondie avant de pouvoir être appliquées. L'A.P.E.S. est d'ailleurs disposée à y collaborer.

ANNEXE 1 – LISTE DES PROPOSITIONS

1. L'A.P.E.S. recommande que des positions claires soient émises par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en vue de déterminer pour quelles clientèles l'utilisation des hypolipémiants est optimale. Ces critères, une fois adoptés, devraient être liés aux mécanismes de remboursement de la RAMQ afin de n'offrir la couverture de ces médicaments qu'aux clientèles pour lesquelles les résultats sont probants.
2. L'A.P.E.S. recommande que la Direction québécoise du cancer, en collaboration avec l'INESSS, élabore des balises claires afin d'encadrer l'utilisation de la chimiothérapie, plus particulièrement chez les patients en fin de vie, et que seuls les médicaments faisant partie des protocoles reconnus soient financés par l'État.
3. L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS soit une instance dotée d'un rôle décisionnel accru afin de lier le remboursement et le financement des médicaments à ses recommandations et protocoles basés sur les données probantes.
4. L'A.P.E.S. recommande de mettre en place un réseau de révision des pratiques en matière de pharmacothérapie et de RUM, sur le modèle du PGTM, lié à l'INESSS.
5. L'A.P.E.S. recommande que le programme de surveillance des antimicrobiens souhaité par le MSSS s'accompagne des ressources nécessaires à sa mise en place.
6. L'A.P.E.S. recommande la création de postes de pharmaciens en pharmacovigilance dans les établissements de santé.
7. L'A.P.E.S. recommande que les lois et règlements en vigueur soient amendés afin de prévoir des pénalités pour des compagnies pharmaceutiques qui offrent des contrats directement aux établissements de santé au lieu de participer aux appels d'offres faits par les Regroupements d'achats québécois.
8. L'A.P.E.S. recommande de modifier les règlements en vigueur pour permettre la double adjudication de certains médicaments afin de réduire les risques de ruptures d'approvisionnement.

9. L'A.P.E.S. recommande que soit évaluée la possibilité de concentrer les inventaires de certains médicaments coûteux dont l'utilisation est plus rare dans certains établissements, selon le modèle utilisé pour les antidotes.
10. L'A.P.E.S. recommande que soit mis en place un encadrement légal visant à bannir l'utilisation d'échantillons de médicaments dans les établissements de santé.
11. L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS adopte un calendrier permettant de produire plus rapidement des analyses de molécules utilisées en établissement de santé.
12. L'A.P.E.S. recommande que les rôles et responsabilités des comités de pharmacologie soient revus de manière à les rendre plus pertinents, notamment par une régionalisation des activités liées à la constitution du formulaire de médicaments.
13. L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS produise et diffuse les outils requis pour l'utilisation des médicaments nouvellement inscrits au formulaire québécois.
14. L'A.P.E.S. recommande que soit évaluée la possibilité de regrouper la préparation de médicaments stériles dans certains établissements se situant à proximité les uns des autres.
15. L'A.P.E.S. recommande de favoriser la mise en place d'outils technologiques permettant d'augmenter la performance des pharmaciens d'établissements (systèmes d'information, numérisation des ordonnances, accès aux données de laboratoire, aux bases de données scientifiques et à la prescription en ligne).
16. L'A.P.E.S. recommande que l'INESSS mette en place un comité d'experts chargé de faire ses recommandations aux cliniciens lors de rupture complète ou partielle de médicaments.
17. L'A.P.E.S. recommande qu'une entité coordonnatrice provinciale soit créée afin de soutenir les établissements dans la gestion des ruptures de médicaments.
18. L'A.P.E.S. recommande qu'un vaste chantier soit mis en place afin de revoir les règles qui encadrent la gratuité des médicaments fournis dans les établissements de santé, particulièrement pour les clientèles inscrites.

19. L'A.P.E.S. recommande que des règles soient émises en ce qui a trait à la facturation des activités de recherche clinique réalisées par les établissements de santé, notamment en ce qui concerne les soins et services pharmaceutiques.
20. L'A.P.E.S. recommande que les sommes mises à la disposition des pharmaciens d'établissements pour des projets d'organisation du travail soient reconduites dans la prochaine entente de travail.
21. L'A.P.E.S. recommande que la hiérarchisation des soins et services en pharmacie se fasse sur la base de la reconnaissance de la spécialisation en pharmacothérapie avancée.
22. L'A.P.E.S. recommande que les travaux portant sur l'encadrement du dépannage soient accélérés et menés en concertation avec l'A.P.E.S.
23. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS porte rapidement de 70 à 85 le nombre de bourses accordées aux étudiants s'engageant dans le programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée et qu'il en fasse la promotion.
24. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS s'assure de rapatrier dans le secteur public tous les contrats de services donnés au secteur privé pour la distribution des médicaments.
25. L'A.P.E.S. recommande que soit mise en application dans les meilleurs délais la *Loi 41*.
26. L'A.P.E.S. recommande que les travaux mis en place par l'OPQ, en collaboration avec le MSSS, devant mener à un rehaussement de la formation du personnel technique en pharmacie soient accélérés.
27. L'A.P.E.S. recommande que les pharmaciens fassent partie intégrante des équipes de soins de première ligne, tout en étant rattachés au département de pharmacie des CSSS.

ANNEXE 2 – EXEMPLES DE PROJETS EN COURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES

- Encadrement de l'utilisation de la chimiothérapie chez les patients de plus de 80 ans
- Révision de l'utilisation de la chimiothérapie pour les 3^e et 4^e lignes de traitement, de même que dans des indications non approuvées
- Révision de l'utilisation des hypolipémiants (statines) chez les personnes de 80 ans et plus
- Révision de l'utilisation du fer intraveineux
- Révision de l'utilisation de l'alteplase dans le blocage de cathéters
- Révision de l'utilisation de l'abciximab, de l'éptifibatide et de la bivalirudine (et son conditionnement)
- Révision de la préparation d'argatroban selon le débit en vue de réduire les pertes
- Évaluation de l'utilisation de la nutrition parentérale en soins palliatifs
- Révision des antibiotiques à l'aide d'un logiciel pour cibler les patients
- Réévaluation de la place du calcium injectable dans les différents protocoles
- Révision de l'utilisation des colloïdes
- Révision des indications de la levofloxacine
- Retrait du mannitol des protocoles d'hydratation du cisplatine
- Révision des formats des gouttes ophtalmiques
- Révision des volumes de préparation de l'alimentation parentérale et de lipides en néonatalogie pour réduire les pertes
- Utilisation de la micafongine plutôt que la caspofongine chez les patients qui ne sont pas neutropéniques
- Révision du mode de distribution des aérosols-doseurs pour réduire les pertes

- Remplacement des seringues d'héparine 5000 unités par des fioles d'héparine 10000 unités
- Optimisation de l'utilisation du meropenem en antibiothérapie
- Optimisation de l'utilisation des corticostéroïdes en orthopédie
- Révision de l'utilisation des biphosphonates
- Optimisation de l'utilisation des médicaments du SNC en anesthésie