

PROJET DE LOI N^o 67

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

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec déposé à la Commission des institutions

Le 19 septembre 2024



A.P.E.S.

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*¹. Sa mission comprend deux volets, soit la valorisation et l'avancement de la pratique pharmaceutique, qui s'appuient sur l'expertise, les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres, ainsi que la défense et la progression des intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente quelque 2 000 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 au moins un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie obtenu au terme de quatre années d'études, soit 12 sessions universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux ont suivi une formation de deuxième cycle et sont titulaires d'une maîtrise en pharmacothérapie avancée (MPA). Par ailleurs, un nombre grandissant de pharmaciens détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (oncologie, psychiatrie, gériatrie, etc.) décerné par l'organisme américain Board of Pharmacy Specialties (BPS).

La pratique des pharmaciens d'établissement est reconnue comme étant une pratique d'avant-garde, non seulement au sein de la profession au Québec, mais aussi par leurs pairs partout au Canada. Cette pratique se décline en cinq axes, soit les soins pharmaceutiques, les services pharmaceutiques, l'enseignement, la recherche ainsi que la gestion et les affaires professionnelles. Les pharmaciens d'établissement forment tous les étudiants en pharmacie du Québec dans le cadre de leurs stages, sans égard à leur futur milieu de pratique, tout en supervisant directement la formation de deuxième cycle des résidents en pharmacothérapie avancée. Les pharmaciens d'établissement sont des professionnels de la santé dotés d'un haut niveau d'expertise et d'une grande polyvalence qui, au-delà de leur contribution au sein des équipes de soins, sont très sollicités, notamment à titre d'experts des médicaments pour des comités d'établissement ou des organismes externes, ou encore comme professeurs dans des institutions d'enseignement.

Enfin, rappelons que les pharmaciens d'établissement sont membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)² depuis près de 40 ans. Ce conseil a notamment comme rôle d'encadrer les pratiques professionnelles et d'évaluer la

¹ Gouvernement du Québec. *Loi sur les syndicats professionnels*, RLRQ, c. S-40. [En ligne] <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-40/derniere/rlrq-c-s-40.html>.

² Au 1^{er} décembre 2024, le CMDP deviendra le CMDPSF avec l'intégration des sages-femmes.

qualité des actes posés par ses membres, soit les médecins, dentistes et pharmaciens. Un pharmacien d'établissement est très souvent membre du comité exécutif du CMDP et en est même le président dans certains établissements.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
HISTOIRE DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE EN BREF.....	6
FORMATION UNIVERSITAIRE	7
PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET SOINS AUX PATIENTS	8
ENJEUX ACTUELS POUR LES SOINS AUX PATIENTS	11
SPÉCIALISATION EN PHARMACIE – LE CHAÎNON MANQUANT.....	16
REGARD SUR LES AUTRES	17
PL 67 – CONSTATS ET PRÉOCCUPATIONS	18
CONCLUSION.....	22
ANNEXE 1 – COMPARAISON 1 ^{ER} ET 2 ^E CYCLE EN PHARMACIE	24
ANNEXE 2 – PRISE EN CHARGE SELON LA FORMATION	25
ANNEXE 3 – EXEMPLES DE PRATIQUES NOVATRICES	26
ANNEXE 4 – AVANTAGES DE LA SPÉCIALISATION	30
ANNEXE 5 – COMPARAISON PROGRAMMES IPS-PES	31
ANNEXE 6 – DÉCLARATION COMMUNE SUR LE BESOIN DE PHARMACIENS SPÉCIALISTES EN PHARMACOTHÉRAPIE AVANCÉE.....	34

INTRODUCTION

Le projet de loi n° 67 (PL 67), *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*, s'inscrit, pour la portion visant à élargir les pratiques, dans la foulée de deux autres projets de loi qui ont modifié la *Loi sur la pharmacie* au cours des dernières années³. D'ailleurs, cette portion du PL 67 fait suite au Plan Santé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit le plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, qui témoigne de la volonté du ministre de la Santé d'accroître l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population québécoise.

L'A.P.E.S. adhère au Plan Santé et aux principes qu'il soutient. Toutefois, le PL 67 laisse une impression d'œuvre inachevée à cet égard, puisqu'un pan important des conditions d'exercice permettant aux pharmaciens d'améliorer l'accès aux soins et la sécurité de ceux-ci est absent du projet de loi. L'Association souhaite donc, par ce mémoire, démontrer qu'une pierre angulaire est manquante, soit l'instauration de pharmaciens spécialistes au Québec. Si l'A.P.E.S. reconnaît les aspects positifs du PL 67, elle est convaincue que, sans l'ajout de cette dimension particulière à la pratique pharmaceutique, le Plan Santé ne pourra pas se concrétiser complètement et que la réforme demeurera incomplète, comme cela sera démontré dans le présent mémoire.

Le contexte de pratique des pharmaciens d'établissement de santé (PES) au Québec ainsi que leur formation unique et de haut niveau sont des atouts desquels le réseau de la santé peut tirer encore davantage profit. Dans ce mémoire, l'A.P.E.S. fera donc état de ses constats et recommandations à l'égard des dispositions du projet de loi touchant principalement la pratique pharmaceutique. L'Association ne commentera pas spécifiquement les autres dispositions du projet de loi, quoiqu'elle accueille favorablement la refonte prévue du Code des professions, de même que les dispositions permettant à d'autres professionnels de poser des gestes visant à accroître l'accès aux soins.

Enfin, l'A.P.E.S. remercie les membres de la Commission des institutions de lui permettre de commenter ce projet de loi.

³ PL 41, *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie* et PL 31, *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*.

HISTOIRE DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE EN BREF⁴

La pharmacie hospitalière au Québec est bien plus que centenaire ! De 1639 jusqu'au début du XX^e siècle, cette pratique était majoritairement l'œuvre des religieuses qui géraient la médication dans nos hôpitaux et en assuraient la distribution.

C'est au début des années 1950 que les premiers pharmaciens laïques commencent à pratiquer dans les hôpitaux québécois. À la fin de cette décennie, quelques pharmaciens participent déjà aux tournées médicales et prodiguent de l'enseignement sur les médicaments au personnel infirmier.

À la fin des années 1960, quelques pharmaciens assurent une présence sporadique au sein de certaines unités de soins et d'autres commencent à s'intégrer aux équipes de recherche clinique. Dans la décennie suivante, la notion de pharmacie clinique est progressivement intégrée aux programmes de formation universitaire et les stages font leur apparition. Au cours de la même période, un premier système de garde en pharmacie voit le jour à la suite d'un fâcheux incident où un patient a failli perdre la vie faute d'accès à un médicament.

Dans les années 1980, les pharmaciens commencent à se rassembler dans des groupes de pratique clinique, orientés en fonction des spécialités médicales. Ces groupes SPOC (pour spécialités professionnelles ou cliniques) ont pour objectif de soutenir les différents pharmaciens travaillant au sein de ces secteurs spécialisés de soins. La pharmacocinétique, la nutrition parentérale et l'oncologie sont des exemples des premiers SPOC qui ont été créés au Québec.

En 1984, les pharmaciens d'établissement intègrent les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), ce qui donne un essor considérable à leur rôle au sein des équipes médicales. Par leur participation aux CMDP, les pharmaciens d'établissement voient leur expertise reconnue par leurs collègues médecins, intégrant le rôle de consultant auprès des équipes soignantes, à l'instar des médecins spécialistes de l'établissement. En 1992, les départements de pharmacie deviennent des départements cliniques, au même titre que les départements médicaux.

Les années 1990 voient l'émergence du concept de soins pharmaceutiques, d'abord aux États-Unis puis ailleurs dans le monde, faisant du pharmacien un professionnel de la santé dont le travail n'est plus axé sur le médicament d'abord, mais plutôt sur le patient, en vue de répondre aux besoins de ce dernier.

⁴ Bussièrès JF, Marando N. De l'apothicaire au spécialiste – Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec, A.P.E.S. 2011. [En ligne] https://www.apesquebec.org/system/files?file=2024-07/20110500_apothicaire_specialiste_complet.pdf.

Au début des années 2000, le Québec fait figure de leader au Canada, le pharmacien d'établissement offrant une grande variété de services aux clientèles hospitalisées et ambulatoires. La formation de deuxième cycle du PES s'avère alors une découverte pour les autres provinces canadiennes, qui cherchent depuis à imiter le modèle québécois.

Aujourd'hui, l'A.P.E.S. compte 10 regroupements de pharmaciens experts (RPE) dans autant de secteurs de soins, de même que deux groupes spécialisés (GS) dans des champs plus pointus de la pratique. Tous ces groupes ont notamment pour mandat d'être des leaders dans la promotion et le développement des soins pharmaceutiques dans des secteurs de soins spécialisés et d'agir comme instances consultatives auprès de comités externes. Leurs travaux bénéficient à tous les pharmaciens du Québec ainsi qu'aux autres professionnels de la santé.

FORMATION UNIVERSITAIRE

La formation générale du pharmacien est constituée d'un doctorat professionnel de premier cycle de 164 crédits. Elle est offerte dans deux universités, soit l'Université Laval à Québec et l'Université de Montréal. Ce programme comporte 12 sessions en continu, sur une période de quatre ans. Il s'agit d'un programme chargé et très contingenté.

À cela s'ajoute, pour le pharmacien d'établissement, une formation postdoctorale de deuxième cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée (MPA). Ce programme de 60 crédits se compose d'une session de 4 mois de cours théoriques, suivie de 12 mois de résidence au cours desquels des rotations cliniques (soins intensifs, urgence, oncologie, etc.) sont réalisées dans différents établissements de santé, en plus de travaux divers et d'un projet de recherche intégré à la résidence. Cette formation fournit les compétences et les connaissances requises, en plus d'une importante exposition clinique, pour travailler dans un contexte de maladies aiguës, instables, avec une pharmacothérapie complexe⁵. Les thérapies novatrices, les médicaments injectables, de même que toutes les situations cliniques critiques, urgentes, graves, aiguës et instables, font partie intégrante du programme de MPA.

Globalement, la formation de maîtrise est un gage de sécurité dans un milieu de soins aigus et complexes, ainsi que de polyvalence et d'autonomie. À plus forte raison dans les régions éloignées des grands centres, où les pharmaciens d'établissement deviennent des experts dans de nombreuses spécialités, faute de médecins

⁵ Position de l'A.P.E.S. sur l'embauche de pharmaciens diplômés du 1^{er} cycle universitaire en pharmacie dans les établissements de santé, A.P.E.S., 2019. [En ligne] https://www.apesquebec.org/system/files/2024-07/20200525_embauche_pharmacien_1er_cycle.pdf.

spécialistes présents sur place. Les médecins de famille sur place comptent alors davantage sur les pharmaciens pour les assister dans le choix des thérapies médicamenteuses, le calcul des doses, l'évaluation du dossier pharmacologique, ainsi qu'en ce qui a trait au suivi des effets des médicaments.

Un résumé des principales différences quant aux compétences acquises dans les formations de premier et deuxième cycle en pharmacie se trouve à l'annexe 1. De plus, l'annexe 2 fournit des exemples de situations cliniques dans lesquelles le pharmacien peut intervenir, qu'il détienne ou pas la formation de deuxième cycle. À titre d'exemple, notons que la chimiothérapie intraveineuse (comme presque tous les médicaments injectables) est étudiée au deuxième cycle. Un pharmacien non détenteur de maîtrise ne possède donc pas les compétences nécessaires pour travailler dans une clinique d'oncologie.

PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET SOINS AUX PATIENTS

Les pharmaciens d'établissement définissent leur pratique en cinq grands axes, soit les soins pharmaceutiques, les services pharmaceutiques, l'enseignement, la recherche ainsi que la gestion et les affaires professionnelles⁶, chacun comportant ses particularités. L'éventail des rôles et responsabilités du pharmacien repose en grande partie sur la formation universitaire, particulièrement la formation de deuxième cycle.

Les soins pharmaceutiques constituent la portion la plus importante de la pratique du pharmacien en fait de retombées positives sur la santé des patients. Les PES doivent autant que possible situer leur exercice dans cet axe, bien que les contraintes d'effectifs ne permettent de le faire que dans très peu de milieux. On peut définir sommairement les soins pharmaceutiques comme étant l'exercice du PES directement auprès des patients. C'est dans cet axe en particulier que le PES trouve toute sa valeur et procure le plus de bienfaits aux patients qu'il prend en charge⁷. Le pharmacien évalue la pharmacothérapie en lien avec la raison du séjour hospitalier, détecte des problèmes pharmacothérapeutiques, ajuste la médication des patients, puis ajoute ou cesse un médicament au besoin. Le PES prodigue de nombreux conseils aux médecins et aux autres professionnels de la santé, tout en assurant un enseignement aux patients sur leur médication. Le PES prodigue ces soins en faisant partie intégrante de l'équipe sur

⁶ Recommandations sur la pratique de la pharmacie en établissement de santé – Axe 1 : Soins pharmaceutiques, A.P.E.S., 2018. [En ligne] https://www.apesquebec.org/system/files/2023-12/20180424_recommandations_pratique_pharma.pdf.

⁷ Recommandations sur la pratique de la pharmacie en établissement de santé – Axe 1 : Soins pharmaceutiques, A.P.E.S., 2018. [En ligne] https://www.apesquebec.org/system/files/2023-12/20180424_recommandations_pratique_pharma.pdf.

l'unité ou en clinique externe. C'est donc hors de la pharmacie de l'établissement qu'il est le plus utile et qu'il peut faire bénéficier les patients et l'équipe de soins de son expertise.

Outre les soins pharmaceutiques, un autre volet important du rôle des PES consiste à assurer les services pharmaceutiques. Le pharmacien est alors assisté de personnel technique, soit d'assistants techniques en pharmacie et, depuis peu, de techniciens en pharmacie. Le rôle du PES en services pharmaceutiques consiste à valider les ordonnances afin d'en assurer l'efficacité et la sécurité, et à superviser la préparation des médicaments oraux et injectables ainsi que leur administration aux patients. Pour ce faire, il tient compte des autres médicaments du patient (prévention des interactions médicamenteuses ou des effets indésirables), de son profil (âge, poids, taille, problèmes de santé et conditions associées telles qu'allergies, intolérances, grossesse, allaitement, etc.), des résultats des examens de laboratoire (fonctions rénale et hépatique notamment), ainsi que d'autres choix médicamenteux, en considérant, de surcroît, le rapport coûts-bénéfices des thérapies disponibles. Si le pharmacien détecte des problèmes liés à la pharmacothérapie, il intervient auprès du prescripteur afin de lui soumettre d'autres options thérapeutiques, ou encore, sur une base autonome, il adapte la thérapie médicamenteuse et en informe le prescripteur. En outre, les normes d'Agrément Canada exigent que le pharmacien valide toute ordonnance rédigée dans l'établissement avant la première administration du médicament au patient.

Par ailleurs, le PES reçoit au quotidien de nombreuses demandes de médecins et d'autres professionnels de la santé, où qu'ils soient dans l'établissement (p. ex. : à l'urgence, en chirurgie, en gynéco-obstétrique, en salle d'opération, etc.). Ces demandes portent, entre autres, sur le choix des traitements médicamenteux, les doses, les interactions, les modes d'administration, la compatibilité des médicaments intraveineux et les protocoles d'utilisation des médicaments. Sur le plan de la sécurité des soins, il est essentiel pour le pharmacien de bien connaître non seulement l'ensemble des médicaments particuliers dont il valide les ordonnances, mais aussi le contexte de leur utilisation (intention thérapeutique, secteur de soins, usage du médicament, etc.), pour être en mesure de bien évaluer la situation et de répondre adéquatement aux besoins.

Les PES ont une pratique jugée à l'avant-garde par leurs pairs ainsi que par les collègues médecins avec lesquels ils interagissent au quotidien. Leur formation postdoctorale combinée au contexte de pratique interdisciplinaire leur permettant d'avoir accès en temps réel à toutes les informations cliniques du patient font d'eux des experts de haut niveau, et plusieurs équipes interdisciplinaires souhaiteraient pouvoir bénéficier de leur expertise. Cette importante cohabitation avec le monde

médical en milieu hospitalier a fait tomber des barrières et permis un plus grand déploiement de l'expertise des PES qui demeure, malgré tout, encore sous-exploitée.

En outre, l'adoption de deux projets de loi en pharmacie, soit le PL 41, la *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie* (2011) et le PL 31, *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services* (2020), a permis aux lois d'enfin rattraper la pratique des PES. Depuis les années 1990, les PES ont une pratique clinique se situant aux limites de ce qui est permis par la *Loi sur la pharmacie*. Ils doivent souvent se rabattre sur une étroite collaboration avec le corps médical dans laquelle une latitude importante est convenue entre le médecin traitant et le pharmacien de l'équipe malgré les contraintes légales.

Les PES « prescrivaient » bien avant l'heure des ordonnances collectives (issues du PL 90⁸ au début des années 2000) et des ententes de pratique avancée en partenariat (EPAP) issues du PL 31. Toutefois, l'introduction de ces mécanismes et la reconnaissance du pharmacien comme prescripteur ont permis aux PES de régulariser en quelque sorte leur pratique.

Aujourd'hui, les EPAP permettent aux PES d'exercer une pratique relativement autonome, mais dans un cadre administratif qui requiert la rédaction et la mise à jour régulière de divers documents et leur approbation par toutes les instances concernées, ce qui en alourdit considérablement la mise en œuvre. La conséquence de cette bureaucratie est le déploiement non uniforme de la pratique du PES dans le réseau de la santé et, par conséquent, une autonomie variable du PES dans la prise en charge de la pharmacothérapie des patients. Selon une récente enquête de l'A.P.E.S., moins du tiers des établissements auraient adopté et déployé une EPAP générale⁹.

Alors que le gouvernement se dirige vers une uniformisation des pratiques cliniques dans les établissements de santé, que ce soit par l'instauration de Santé Québec ou encore par le déploiement d'un dossier de santé numérique unique (DSN), il semble contre-productif que les PES doivent encore signer des ententes individualisées avec les médecins de chaque installation afin de pouvoir prescrire les médicaments de façon autonome. Cela va à l'encontre du principe d'efficacité que prône le Plan Santé. Ces EPAP ont d'ailleurs été abolies dans le cadre de la pratique des infirmières spécialisées pour faire place à une plus grande efficacité.

⁸ PL 90, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

⁹ Enquête interne non publiée, A.P.E.S., avril 2024.

ENJEUX ACTUELS POUR LES SOINS AUX PATIENTS

Le rôle du PES a évolué de façon variable d'un établissement à l'autre, en fonction des opportunités et des collaborations avec les médecins.

L'absence de reconnaissance d'une spécialisation, associée à un droit de prescription autonome et menant à une plus grande contribution du pharmacien d'établissement dans le réseau de la santé, soulève différents enjeux. Ces enjeux nuisent à l'accès aux soins et réduisent leur fluidité, comme nous le verrons dans la section suivante.

TRANSITIONS DE SOINS

Les transitions de soins, soit les passages d'un milieu de soins à un autre (incluant le retour au domicile du patient), constituent pour les patients des moments où les risques d'erreurs sont les plus importants, notamment en ce qui a trait à la médication. Il faut savoir que plus de 60 % des patients verront des changements touchant trois médicaments ou plus lors de leur séjour hospitalier^{10,11}. La probabilité qu'un patient âgé de 65 ans ou plus reçoive son congé de l'hôpital sans changement à sa médication est inférieure à 10 %¹². D'ailleurs, près de la moitié des patients subiraient au moins une erreur associée à leurs médicaments dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital¹³. Pour toutes ces raisons, il faut porter une attention particulière aux transitions de soins et en particulier aux congés de l'hôpital. Des transitions inadéquates accroissent le risque d'erreurs et de divergences médicamenteuses, ce qui peut entraîner un état de santé précaire et l'utilisation de nouvelles ressources de santé, comme une visite à l'urgence ou une nouvelle hospitalisation^{14,15}.

¹⁰ Thompson-Moore N, Liebl MG. Health care system vulnerabilities: Understanding the root causes of patient harm. *Am J Health Syst Pharm* 2012;69(5):431-6.

¹¹ Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2004;42(2):103-9.

¹² Mansur N, Weiss SA, Beloosesky Y. Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. *Ann Pharmacother* 2008;42(6):783-9.

¹³ Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK, Cawthon C, Businger A, Eden SK et coll. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: A randomized trial. *Ann Intern Med* 2012;157(1):1-10.

¹⁴ Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):556-7.

¹⁵ Murtaugh CM, Litke A. Transitions through postacute and long-term care settings: Patterns of use and outcomes for a national cohort of elders. *Med Care* 2002;40(3):227-36.

Au congé des patients, une bonne coordination est requise pour assurer une transition harmonieuse de l'hôpital vers le domicile. Idéalement, le soutien du pharmacien de pratique privée est requis, tout comme celui du GMF du patient. Il faut préparer la sortie du patient, s'assurer de transférer à ces pharmaciens les informations concernant l'hospitalisation de même que l'ordonnance de départ. Parmi les médicaments requis, il peut y avoir des médicaments injectables (un antibiotique par exemple) nécessitant une préparation faite dans certaines pharmacies privées seulement. En outre, un médicament d'exception peut être prescrit, auquel cas toutes les démarches devront avoir été effectuées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un assureur privé pour que ce produit soit accessible au patient dès sa sortie. Toute l'information doit aussi être transmise aux professionnels qui prendront en charge le patient, notamment les informations spécialisées de certains médicaments complexes débutés au cours de l'hospitalisation et la raison de la cessation d'autres médicaments dans un contexte de polypharmacie. Le PES est le seul professionnel qualifié pour remplir ces tâches et assurer une bonne transition au congé de l'hôpital. Il faut toutefois lui permettre de procéder au congé des patients de manière autonome, en le laissant notamment rédiger l'ordonnance de départ et assurer tous les suivis requis auprès des soignants de première ligne.

Or, cette coordination au congé des patients est chaotique et présente des risques importants pour ces derniers. La mauvaise utilisation ou la surutilisation de médicaments, les interactions, les effets secondaires graves sont autant d'exemples de situations pouvant exposer les patients à des problèmes importants liés à leur pharmacothérapie. Le réseau de la santé souffre d'une organisation déficiente à certains égards et l'état actuel des soins et services pharmaceutiques ne conduit pas à un parcours de soins optimal pour le patient qui quitte l'hôpital. Trop souvent, des informations seront manquantes au congé de l'hôpital. Résultat : le patient ne prendra pas les médicaments prescrits de la façon appropriée, continuera à prendre des médicaments cessés ou ne saura pas comment agir en présence d'un effet indésirable. Cela générera des consultations médicales inutiles ou encore des visites à l'urgence qui auraient pu être prévenues. Parfois, une mauvaise coordination à la sortie du patient peut même faire en sorte que celui-ci n'aura pas accès à son médicament au moment requis, ce qui mènera à une prolongation de son séjour hospitalier.

SOUTIEN AUX PHARMACIENS DE PREMIÈRE LIGNE

La pharmacothérapie est de plus en plus complexe et évolue rapidement, notamment depuis l'arrivée des médicaments biologiques d'origine, suivis des biosimilaires, des thérapies géniques et autres traitements de médecine dite personnalisée. Le PES est

exposé au quotidien à ces médicaments et détient une expertise particulière qu'aucun autre professionnel de la santé ne possède.

Les patients instables, en phase aiguë d'une maladie ou aux prises avec une exacerbation de leur maladie chronique quittent l'hôpital dès que leur état se stabilise suffisamment pour qu'ils puissent retourner dans la communauté. Toutefois, les suivis qui doivent être assurés par les professionnels de première ligne, notamment les pharmaciens, peuvent s'avérer complexes à exécuter.

Les médecins de famille peuvent s'appuyer sur les médecins spécialistes lorsqu'un avis médical est requis, pour obtenir des consultations spécifiques afin de les assister dans leur prise en charge.

En pharmacie, les pharmaciens de première ligne qui font face à une situation clinique complexe ne disposent d'aucun corridor de services pour obtenir du soutien concernant le suivi de la pharmacothérapie de leur patient.

Dans ce contexte, ils devront chercher par eux-mêmes des réponses à leurs questions, ou tenter de rejoindre le prescripteur ou encore un collègue PES. Qu'il s'agisse de coordonner les soins pharmaceutiques sur un même territoire ou de convenir de corridors de services entre établissements de santé différents, l'absence de distinction entre les différents types de pharmaciens accentue ce problème. Les pharmaciens de pratique privée, aux prises avec la gestion de thérapies complexes, sont souvent en quête de soutien auprès des PES. Ils obtiendront de l'aide s'ils ont leur propre réseau de contacts et s'ils ont la chance de connaître des PES. Sans ces contacts, soit dans la majorité des cas, les pharmaciens de pratique privée se tourneront vers les réseaux sociaux et contacteront leurs collègues dans des groupes privés de pharmaciens pour obtenir de l'aide.

Selon de récents travaux menés par l'A.P.E.S. et auxquels toutes les organisations en pharmacie ont participé¹⁶, l'absence de mécanismes formels de consultation entre les différents types de pharmaciens a été identifiée comme une lacune dans la coordination du parcours de soins pharmaceutiques du patient. Il est aussi noté dans ce rapport que l'expertise des pharmaciens diplômés de la maîtrise en pharmacothérapie avancée n'est pas mise à profit pour soutenir les pharmaciens de première ligne, ce qui entraîne une inefficience et un manque de fluidité dans ce parcours de soins pharmaceutiques.

¹⁶ Recommandations sur le parcours de soins pharmaceutiques des patients, comité intraprofessionnel pharmacie, 2024. En attente de publication.

L'intégration de la spécialisation en pharmacothérapie avancée permettrait d'instaurer formellement un mécanisme de soutien et de consultations entre les pharmaciens spécialistes et les pharmaciens de première ligne (en pharmacie privée ou en GMF) pour des situations cliniques ou des pathologies ciblées. Cela générerait des économies de temps importantes, tout en assurant une prise en charge sécuritaire, optimale et fluide de la pharmacothérapie du patient.

SOUTIEN AUX MÉDECINS DE FAMILLE

En établissement de santé, les médecins de famille exécutent certaines tâches incluses aux activités médicales particulières (AMP), notamment la présence à l'urgence et l'hospitalisation en courte durée avec garde en disponibilité. Ces AMP sont obligatoires et peuvent mener à une diminution de la prise en charge de patients en première ligne (GMF ou cabinets privés), faute de temps pour s'y consacrer davantage.

À l'heure actuelle, plus de deux millions de Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille^{17,18}. Toutes les solutions permettant de dégager les médecins de tâches pouvant être confiées à d'autres professionnels de la santé doivent donc être mises en place. La reconnaissance de pharmaciens spécialistes avec un plein droit de prescription autonome fait partie de ces solutions qui doivent être actualisées. Le pharmacien spécialiste pourra assister et même remplacer dans certains cas le médecin de famille, notamment en matière d'hospitalisation et de soutien à la salle d'urgence.

Des exemples récents de rédaction d'ordonnances d'admission par le pharmacien ont été réalisés notamment dans le cadre du programme PEPS¹⁹ (projet d'évaluation de la personnalisation des soins) en CHSLD. Les patients hébergés étaient pris en charge par le pharmacien non seulement pour soutenir l'admission, mais aussi en vue de réaliser une déprescription et ainsi réduire le nombre de médicaments qu'ils consomment. Le vif succès qu'a connu ce projet met en lumière le fait que les PES peuvent déjà exercer des activités de ce type, mais que le cadre informel actuel empêche un déploiement uniforme.

¹⁷ Mot du président, Le patient orphelin, Collège des médecins du Québec, 28 mars 2024. [En ligne]

<https://www.cmq.org/fr/mot-du-president/patient-orphelin>.

¹⁸ Plus d'un Québécois sur quatre sans médecin de famille, La Presse, 7 août 2024. [En ligne]

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-08-07/plus-d-un-quebecois-sur-quatre-sans-medecin-de-famille.php>.

¹⁹ Garland CT, Guénette L, Kröger E, Carmichael PH, Rouleau R, Sirois C. A new care model reduces polypharmacy and potentially inappropriate medications in long-term care. JAMDA 22(2021); 141-147. [En ligne] [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30839-2/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30839-2/abstract).

La déprescription ainsi que l'utilisation sécuritaire et optimale des médicaments combinées à un allègement de la tâche des médecins de famille, leur donnant ainsi plus de temps pour prendre en charge des patients en première ligne, font de la spécialisation associée à un droit de prescription autonome une solution gagnante que l'on se doit de mettre en œuvre.

SOUTIEN AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

Les médecins spécialistes travaillent dans une sphère pointue de la médecine et recherchent généralement la contribution des PES pour les assister dans les aspects de la pharmacothérapie avec lesquels ils sont moins familiers, ou encore pour les dégager de certaines prises en charge de patients qui présentent un profil plus stable.

L'A.P.E.S. a recensé des pratiques novatrices (voir annexe 3) qui pourraient être déployées plus largement si l'on reconnaît formellement le rôle de pharmacien spécialiste en pharmacothérapie avancée et si l'on confie à ce dernier des responsabilités spécifiques permettant leur mise en œuvre. Ces activités novatrices sont réalisées à la suite de l'implantation d'EPAP, mais restreintes à chacune des institutions où une telle entente a été signée, et selon les paramètres déterminés par l'entente.

Ces exemples démontrent que les PES sont en mesure, dès maintenant, d'en faire davantage pour améliorer l'accès aux soins et augmenter la fluidité des soins et services dans le réseau de la santé. Afin d'y parvenir, toutefois, il faut se doter d'une vision qui intègre les PES et mettre en œuvre des actions concrètes pour la déployer. La spécialisation est clairement un élément de solution qui manque cruellement au PL 67.

SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Comme nous l'avons vu pour les pharmaciens de première ligne, le réseau de la santé souffre aussi d'un manque de structure permettant de recourir aux services de pharmaciens qui détiennent une expertise particulière. Certaines installations des établissements de santé manquent de pharmaciens, et même de pharmaciens titulaires d'une maîtrise en pharmacothérapie avancée. D'autres ont des besoins spécifiques de soutien dans certains champs pointus de la pharmacothérapie et ne disposent pas de corridors formels de services. D'ailleurs, les pharmaciens experts ne sont pas toujours connus des autres milieux et même s'ils le sont, l'organisation du travail et la pratique non différenciée de la pharmacie ne leur permettent pas d'offrir un soutien spécialisé à d'autres milieux de pratique.

Encore une fois, le réseau gagnerait à formaliser le statut de pharmacien spécialiste. Cela contribuerait à assurer un meilleur soutien aux installations qui éprouvent des difficultés de recrutement de pharmaciens, notamment, et à améliorer la prise en charge des patients partout au Québec, par des activités de télésanté par exemple. Cet arrimage formel permettrait tant aux pharmaciens qu'aux autres professionnels de la santé de distinguer les pharmaciens détenant une MPA et devant donc assumer des responsabilités accrues.

SPÉCIALISATION EN PHARMACIE – LE CHAÎNON MANQUANT

L'A.P.E.S. considère donc comme essentiel de fermer la boucle des modifications législatives apportées à la *Loi sur la pharmacie* par le PL 67 par la reconnaissance de la spécialisation en pharmacothérapie avancée. Les pharmaciens qui détiennent cette formation postdoctorale devraient de plus disposer d'un droit de prescription autonome afin d'augmenter l'efficacité et la fluidité des soins, et de réduire les durées moyennes de séjour hospitalier. Voilà la principale recommandation de l'A.P.E.S.

Ces modifications permettraient dès lors de revoir l'organisation du travail en établissement de santé et d'introduire des trajectoires de soins formelles en pharmacie. Cette approche fournirait aussi aux pharmaciens spécialistes les moyens nécessaires pour soutenir la prise en charge de certaines clientèles vulnérables aux problèmes pharmacothérapeutiques (p. ex. : la clientèle souffrant d'insuffisance rénale de stade terminal, de cancer ou de VIH) ou présentant des situations cliniques préétablies (p. ex. : polypharmacie, comorbidités multiples, médicaments à index thérapeutique étroit) et qui sont à risque d'hospitalisation ou de détérioration grave de leur condition clinique. Ainsi, toute la sécurité des soins liés aux médicaments serait rehaussée par une formalisation de cette prise en charge autonome des patients vulnérables par les PES.

En outre, la spécialisation en pharmacothérapie avancée permettrait à la population et aux professionnels de la santé d'identifier un pharmacien qui possède les connaissances et les compétences requises pour traiter une population ayant des besoins de santé complexes. Cette différenciation permettrait également aux autorités concernées de définir des paramètres clairs pour la pratique spécialisée en pharmacie

ainsi que des rôles et responsabilités spécifiques, puis d'en assurer la qualité et le déploiement uniforme sur la base de ces attentes.

L'annexe 4 représente visuellement les effets du statu quo comparativement aux avantages de la création d'une spécialité en pharmacothérapie avancée.

REGARD SUR LES AUTRES

SITUATION DANS LE MONDE EN PHARMACIE

Le Royaume-Uni et les États-Unis reconnaissent les pharmaciens spécialistes et des postes spécifiques leur sont octroyés. Aux États-Unis, le Board of Pharmacy Specialties (BPS) certifie les pharmaciens qui réussissent l'examen de spécialité et régit le maintien de leurs compétences. Au total, le BPS gère 15 spécialités différentes. Près de 10 % des PES détiennent déjà cette certification américaine, en plus de leur diplôme de maîtrise en pharmacothérapie avancée.

SPÉCIALITÉS AU QUÉBEC

Au Québec, cinq professions bénéficient de la reconnaissance de spécialités : médecine, médecine vétérinaire, médecine dentaire, soins infirmiers et biochimie. Ces spécialités sont constituées de diverses manières, étant incluses aux lois ou à des règlements découlant des lois qui les régissent.

La médecine comporte 60 spécialités, la médecine vétérinaire, 18, et la médecine dentaire, 10. Les soins infirmiers en comptent un total de six, soit cinq pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et une en prévention et contrôle des infections. Quant à la biochimie, elle ne compte qu'une seule spécialité.

COMPARAISON IPS-PES

En 2002 naissait le tout premier programme de formation universitaire menant à la formation d'IPS en cardiologie et en néonatalogie. Le rôle de l'IPS sera créé peu de temps après, soit en 2003, suivant l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (PL 90) en 2002²⁰. La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définit clairement, à l'article 36.1, ce que peuvent faire les IPS et comment elles peuvent être reconnues comme telles²¹.

²⁰ Historique, Association des IPS du Québec. [En ligne] <https://www.aipsq.com/historique> (site visité le 6 août 2024).

²¹ Gouvernement du Québec. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c I-8, art. 36.1. [En ligne] <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8>.

Le Québec choisissait donc, en 2002, de doter le réseau de la santé de « superinfirmières », alors qu’aucun programme de formation universitaire n’existait encore. Aujourd’hui, 9 sites offrent le programme de maîtrise menant au titre d’IPS. Ce programme, qui comporte 75 crédits, est d’une durée de deux ans. Sur les 75 crédits, un maximum de 3 crédits sont consacrés à la pharmacothérapie. Cette formation en pharmacothérapie est souvent donnée par des PES qui acceptent de participer à l’enseignement des IPS.

La formation de deuxième cycle universitaire en pharmacie d’hôpital, nommée à l’origine diplôme en pharmacie d’hôpital (DPH), a vu le jour en 1961. En 1992, ce programme subissait une importante transformation pour devenir une maîtrise en pharmacie d’hôpital, puis graduellement la maîtrise en pharmacothérapie avancée (2011). Sur les 60 crédits du programme, de 9 à 13 crédits sont consacrés spécifiquement à des cours théoriques de pharmacothérapie avancée. Bien entendu, tout le reste du programme – comportant un projet de recherche, la critique d’articles scientifiques et des rotations cliniques – constitue aussi des heures de formation associées à la pharmacothérapie avancée.

Cette comparaison nous laisse perplexe et introduit un paradoxe important, nous semble-t-il. À tout le moins, l’analyse de ces différences (voir annexe 5) devrait être de nature à convaincre le législateur en le rassurant sur les compétences des PES et la possibilité qui nous est offerte d’utiliser pleinement les PES pour augmenter l’accès aux soins de santé au Québec et en améliorer la fluidité.

PL 67 – CONSTATS ET PRÉOCCUPATIONS

CODE DES PROFESSIONS

La refonte du Code des professions apparaît nécessaire, et nous comprenons qu’il y aura des suites au PL 67 pour une réforme plus en profondeur. Nous constatons dans le PL 67 la volonté du gouvernement de simplifier certains processus ; cet allègement est souhaité par de nombreux ordres professionnels. Nous pourrions donc commenter, si cela s’avère pertinent pour nous de le faire, les suites de cette réforme du Code des professions le moment venu.

En ce qui concerne les autres modifications proposées par le PL 67, et comme indiqué en introduction, l’A.P.E.S. n’a pas de commentaires spécifiques à émettre, si ce n’est qu’elle soutient globalement la réforme en cours.

LOI SUR LA PHARMACIE

Nous saluons les modifications apportées à la *Loi sur la pharmacie* qui vont faciliter la pratique générale des pharmaciens du Québec. De nombreuses embûches sont levées, notamment par l'abolition du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*. Les pharmaciens sont des professionnels bien formés, fiables et dévoués aux soins et services qu'ils offrent à leurs patients. La pharmacie privée constitue le point d'entrée de milliers de patients au Québec et le fait de permettre aux pharmaciens d'utiliser pleinement leurs compétences ne peut qu'être bénéfique pour l'ensemble de la population québécoise.

La pharmacie a vécu de nombreuses transformations au fil des dernières années, sans doute plus que n'importe quelle autre profession réglementée. Le PL 67 vient mettre le point d'orgue à cette évolution importante de la pratique pharmaceutique générale. En outre, l'élargissement du champ d'exercice par l'intégration de la notion d'évaluation de l'état de santé confirme la place centrale qu'occupent et qu'occuperont les pharmaciens dans l'écosystème des soins et services de santé au Québec.

Si nous appuyons ces transformations importantes de la pratique pharmaceutique, vous aurez sans doute compris que nous restons sur notre faim, avec la désagréable impression d'être devant une œuvre inachevée. Nous sommes surpris de constater que, dans son désir d'augmenter l'accès aux soins et services, le gouvernement ne mette pas à contribution les qualifications des PES. Les PES sont prêts, ils sont formés, ils sont performants. Ils peinent à mettre en place des EPAP et veulent se libérer de cette bureaucratisation des soins afin d'en faire davantage pour les patients. Il est impératif de les inclure dans cette réforme afin de leur donner les outils dont ils ont besoin pour apporter leur contribution.

Nous avons expliqué précédemment en quoi la pratique pharmaceutique hospitalière se distingue de la pratique en première ligne. Les PL 41 et 31 ont permis en quelque sorte de rendre conforme la pratique hospitalière. Cependant, ces changements n'ont pas fait progresser cette pratique ni permis à ces professionnels d'en faire davantage pour les patients hospitalisés ou ceux qui sont inscrits dans les cliniques externes des établissements de santé, soit des patients ayant une condition clinique instable et complexe.

Bien que constituée de pharmaciens formés dans un programme de deuxième cycle exigeant et dont l'expertise de haut niveau est reconnue par les équipes médicales au sein desquelles ils évoluent, la pratique hospitalière au Québec stagne. Alors que cette pratique en établissement de santé a permis de tirer la profession vers le haut, en innovant et en développant des guides d'experts de grande qualité pour soutenir l'ensemble de la profession (p. ex. : produits stériles, intégration des techniciens en

pharmacie, utilisation des antiviraux dont Paxlovid^{MD} durant la pandémie de COVID-19), alors que toutes les provinces canadiennes ont ce programme de MPA qui forme si bien les PES, le Québec laisse stagner ce groupe de professionnels et choisit de ne pas en tirer pleinement profit au bénéfice de la population. Il faut redonner aux PES les moyens de continuer à améliorer la pratique pharmaceutique, en continuant à servir de locomotive pour toute la profession.

Pour toutes ces raisons, l'A.P.E.S. demande que le PL 67 intègre nommément, dans les modifications proposées à la *Loi sur la pharmacie*, la notion de spécialisation en pharmacothérapie avancée par une disposition spécifique, à l'instar de ce que prévoit la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec* pour les IPS²². La seule façon de garantir la mise en œuvre rapide d'un tel changement est de le prévoir à la Loi. Cette demande est d'ailleurs appuyée par de nombreux partenaires de l'A.P.E.S., dont vous trouverez la signature d'une déclaration commune à l'annexe 6.

Sans cela, le PL 67 tel que rédigé aura très peu d'effet sur la pharmacie d'établissement.

De fait :

- Les problèmes de coordination des soins vécus aux points de transition et particulièrement au congé des patients **vont demeurer et perdurer** ;
- Le manque d'uniformisation des offres de soins pharmaceutiques et donc la sous-utilisation des PES, parce que la rédaction et l'approbation des EPAP sont laborieuses et lourdes administrativement, **vont demeurer et perdurer** ;
- L'absence de soutien structuré pour les pharmaciens de première ligne aux prises avec des thérapies complexes et des patients en phase aiguë de leur maladie **va demeurer et perdurer** ;
- L'absence de corridors de services entre les établissements de santé, en vue d'offrir une expertise spécialisée en pharmacothérapie avancée à ceux qui n'en détiennent pas ou pas suffisamment, **va demeurer et perdurer** ;
- Les médecins de famille vont continuer à exercer des tâches liées à la gestion de la pharmacothérapie, souvent en lien avec l'hospitalisation de patients, desquelles les PES pourraient les libérer ; cette situation **va donc demeurer et perdurer** ;
- Les médecins spécialistes vont continuer à exercer des tâches liées à la gestion de la pharmacothérapie, en lien ou non avec leur secteur d'expertise, desquelles les PES pourraient les libérer ; cette situation **va donc demeurer et perdurer** ;

²² Gouvernement du Québec. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c I-8, art.36.1. [En ligne] <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8>.

- Les patients du Québec vont continuer d'attendre pour avoir accès à un médecin de famille ou à un médecin spécialiste pour prendre en charge leurs problèmes de santé, faute de pharmaciens spécialistes pouvant les libérer des tâches liées à la gestion de la pharmacothérapie ; cette situation **va donc demeurer et perdurer.**

Bref, nous allons conserver le modèle de la « courtepoinTE » des soins pharmaceutiques au Québec et sous-utiliser une ressource hautement spécialisée.

CONCLUSION

Le Québec a entrepris une vaste réforme en santé. Là où ses prédécesseurs ont échoué, le gouvernement actuel pose des gestes qu'il souhaite concluants afin d'augmenter l'accès aux soins de santé pour la population québécoise.

L'élargissement des pratiques, prévu au PL 67, s'inscrit dans la foulée de cette réforme visant un meilleur accès aux soins de santé. De nombreux professionnels sont reconnus pour leur capacité d'en faire davantage pour le réseau de la santé. En collaboration avec le corps médical et le Collège des médecins du Québec, notamment, le gouvernement vise à démedicaliser l'accès aux soins de santé au Québec.

Les pharmaciens occupent une place importante dans le PL 67. Ces professionnels compétents et dévoués aux soins de santé, dont la grande majorité œuvre dans le secteur privé, ont déjà fait la preuve de leur capacité à améliorer l'accès aux soins de santé. La pandémie de COVID-19 est notamment venue témoigner de l'importance de leur rôle, et surtout, de l'effet positif et favorable qu'ils peuvent exercer sur l'accès aux soins et services dans l'écosystème des soins de santé.

Le PL 67 dans sa globalité fera faire un autre pas important à l'accès aux soins de santé au Québec. Toutefois, ce pas important pourrait se transformer en pas de géant si l'on permet à un petit groupe de pharmaciens « spécialisés » d'être reconnus comme tels et de se déployer à ce titre dans le réseau de la santé. Les pharmaciens détenteurs d'une MPA, dont la majorité se retrouve dans les établissements de santé, peuvent accroître leur contribution en jouant un rôle de soutien auprès des pharmaciens de première ligne et en libérant les médecins de famille et les spécialistes de certaines tâches liées à la gestion de la pharmacothérapie.

Malgré les avancées du PL 67, le Québec continuera de manquer de médecins de famille et les listes d'attente en médecine spécialisée continueront de s'allonger. Le pharmacien spécialiste peut concrètement libérer ces médecins et leur permettre de se consacrer davantage à la prise en charge des patients pour lesquels ils sont indispensables. Le Québec doit se sortir de sa « courtepointe » de soins et services pharmaceutiques. Cette offre de soins et services en pharmacie est sous-optimale dans le réseau de la santé. Le fait de ne pas distinguer les pratiques, en refusant de reconnaître les PES détenteurs de la MPA comme spécialistes et prescripteurs autonomes, entraîne une sous-utilisation de ces experts de haut niveau au détriment des soins offerts aux patients.

Tous ces éléments de contexte devraient nous convaincre de l'occasion à saisir d'ajouter au PL la reconnaissance formelle de pharmaciens spécialistes en pharmacothérapie avancée. En plus des avantages énumérés précédemment, la spécialisation permettra au public et aux professionnels de la santé de distinguer les

différentes catégories de pharmaciens et leurs rôles et responsabilités propres. Au même titre qu'il faut savoir distinguer les médecins spécialistes des médecins de famille, ou encore les IPS des infirmières, la formation supplémentaire des pharmaciens d'établissement doit permettre d'établir cette distinction par l'ajout de responsabilités spécifiques à exercer auxquelles la population sera en droit de s'attendre.

La spécialisation en pharmacie est le chaînon manquant du PL 67 afin que nous puissions parvenir à une utilisation optimale de tous les pharmaciens du Québec. Cet ajout au PL viendrait appuyer les efforts et la volonté du MSSS d'améliorer l'efficacité du réseau de la santé et la fluidité des soins et services, dont le volet pharmaceutique. De surcroît, cette modification permettrait de mettre en valeur la pratique hospitalière – qui en a bien besoin – ainsi que la formation de maîtrise en pharmacothérapie avancée offerte par deux universités québécoises qui peinent à recruter des étudiants.

En somme, il est possible aujourd'hui, par cette reconnaissance de la spécialisation en pharmacothérapie avancée, d'améliorer l'accès aux soins et services, de promouvoir la pratique, d'offrir des soins pharmaceutiques sécuritaires, d'assurer un usage optimal des médicaments et de mieux contrôler les coûts sans cesse croissants qui menacent la viabilité de notre système de santé. En outre, cet ajout au PL placerait véritablement le Québec à l'avant-garde des autres provinces tout en répondant de manière optimale aux besoins de la population québécoise. Le Québec est mûr pour reconnaître la spécialisation en pharmacie et ce projet de loi est une occasion unique de le faire.

ANNEXE 1 – COMPARAISON 1^{er} ET 2^e CYCLE EN PHARMACIE

Formation universitaire		PHARM. D.	MAÎTRISE
		1 ^{er} cycle 164 crédits	2 ^e cycle 60 crédits
MILIEUX D'INTERVENTION	Domicile et RPA	●	●
	GMF	◐	●
	CHSLD et MDA	◐	●
	Hôpitaux réadaptation et lits post-aigus	◐	●
	Hôpitaux de soins aigus	◐	●
PROBLÈMES DE SANTÉ	Courants, fréquents, stables	●	●
	Aigus, chroniques exacerbés, peu fréquents	◐	●
	Critiques, graves, instables, rares, urgents	○	●
THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE	Courante, conventionnelle	●	●
	Complexe (Ex: comorbidités, polypharmacie)	◐	●
	Injectable	◐	●
	Non conventionnelle	◐	●
	Novatrice	◐	●
	Très complexe (ex: surveillance étroite continué, médicaments injectables, index thérapeutique étroit)	○	●
SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PLATEAUX TECHNIQUES	Secondaires (ex: chirurgie, dialyse, oncologie, urgence)	◐	●
	Tertiaires (ex: néonatalogie, soins intensifs, transplantation)	○	●
ENSEIGNEMENT AUX ÉTUDIANTS	1 ^{er} cycle (pharmacie)	●	●
	2 ^e cycle (pharmacie)	○	●
	Autres professionnels de la santé	◐	●
RECHERCHE	Initier ou collaborer, réaliser et publier	◐	●
	Services de soutien à la recherche	◐	●
GESTION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT	Pharmacie communautaire	●	●
	Établissement de santé	◐	●

Légende:

○ Non acquis ◐ Partiellement acquis ● Acquis

RPA : Résidence pour personnes âgées autonomes GMF : Groupe de médecine familiale
 CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée MDA : Maison des aînés

ANNEXE 2 – PRISE EN CHARGE SELON LA FORMATION

PHARM. D.	MAÎTRISE	CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES ACQUISES, MILIEUX D'APPLICATION	EXEMPLES
164 CRÉDITS	60 CRÉDITS		
		<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de santé courants, fréquents en condition stable Thérapies courantes, conventionnelles <p>Milieux usuels : Domicile et RPA</p>	Personne sous antihypertenseur et hypocholestérolémiant
		<ul style="list-style-type: none"> Thérapies de complexité limitée, réponse partielle à la thérapie, recours aux solutions de rechange, surveillance accrue <p>Milieux usuels : GMF</p>	Personne avec un diabète labile sous insuline
		<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de santé multiples en contexte de vulnérabilité Présentation concomitante d'éléments incluant des thérapies plus complexes, de la polypharmacie, une réponse partielle à la thérapie, des alternatives aux voies d'administration habituelles et une surveillance accrue <p>Milieux usuels : CHSLD et MDA</p>	Personne ne pouvant plus avaler, ayant 7 problèmes de santé et 12 médicaments, qui a des effets indésirables
		<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de santé chroniques exacerbés, peu fréquents, nécessitant des expertises particulières et des plateaux techniques ou en contexte semi-aigu Thérapies complexes nécessitant des interventions régulières et une surveillance étroite. Exemples : médicaments à risque, remplacement d'électrolytes par voie intraveineuse <p>Milieux usuels : Hôpitaux de soins aigus généraux et spécialisés, unités de réadaptation ou de soins post-aigus. Exemples : antibio-gouvernance, unité de soins ou cliniques ambulatoires...</p>	Personne asthmatique hospitalisée pour une pneumonie sévère
		<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de santé urgents, critiques, instables, graves, rares ou en contexte aigu Manifestations cliniques ou complications inhabituelles nécessitant des expertises de pointe et des plateaux techniques spécialisés et ultraspecialisés Thérapies complexes et très complexes nécessitant des interventions fréquentes et une surveillance en continue. Exemples : perfusions d'antiarythmiques ou de vasopresseurs, chimiothérapie Thérapies novatrice et d'exception ou en contexte d'études cliniques <p>Milieux usuels : Hôpitaux de soins aigus spécialisés et ultraspecialisés. Exemples: Unités d'oncologie, transplantation, soins intensifs...</p>	Personne aux soins intensifs

Légende:

 Acquis  Acquisition partielle  Acquisition insuffisante ou non acquis

RPA : Résidence pour personnes âgées autonomes GMF : Groupe de médecine familiale
 CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée MDA : Maison des aînés

ANNEXE 3 – EXEMPLES DE PRATIQUES NOVATRICES

Note : Les pratiques décrites dans cette annexe sont réalisées à l'heure actuelle par des pharmaciens d'établissement. Toutefois, elles ne peuvent être effectuées qu'en vertu d'une entente de pratique avancée en partenariat (EPAP). Le développement de ces ententes représente un fardeau administratif considérable pour les équipes de soins et les établissements. Par conséquent, les EPAP ne sont pas uniformément déployées dans les établissements de santé du Québec.

Secteur de pratique	Description
Antibiothérapie	<p>Le PES prend en charge la totalité de la prescription de l'antibiothérapie, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix de l'agent comme traitement empirique ou selon les résultats des cultures bactériennes ; • Le calcul de la dose selon la fonction rénale et hépatique ; • L'analyse du risque d'interactions médicamenteuses ; • L'évaluation des effets indésirables, de la voie d'administration (p. ex. : de la voie intraveineuse à la voie orale) et de la durée de traitement. <p>Pour les médicaments à index thérapeutique étroit, c'est-à-dire à risque élevé de toxicité ou d'inefficacité, comme la vancomycine et les aminosides, le PES prescrit les dosages sanguins de l'antibiotique et les analyses de laboratoire pertinentes. Il prescrit, en conséquence, les ajustements de doses pour s'assurer de l'innocuité et de l'efficacité du traitement.</p> <p>Le PES s'assure donc que l'antibiothérapie répond aux besoins du patient, selon ses paramètres cliniques, de manière rapide et efficace. Ce faisant, les médecins traitants et consultants sont davantage libérés, le risque de résistance aux antibiotiques est diminué et les durées de traitement sont réduites, ce qui contribue à réduire les coûts des soins de santé et la durée de séjour des patients.</p>
Cardiologie	<p>Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, l'optimisation de la thérapie médicamenteuse, telle que promue par les lignes directrices (« guideline-directed medical therapy (GDMT) »), représente la pierre angulaire du traitement, pouvant améliorer de façon significative la qualité de vie des patients tout en réduisant la mortalité de plus de 70 % (Azizi et coll. J Am Heart Assoc 2024;13[2]: e030952). Ces médicaments ne sont toutefois pas sans risque et doivent être prescrits de manière judicieuse, amorcés ou cessés selon les signes et symptômes, ajustés en fonction des paramètres cliniques et suivis étroitement tout au long de la maladie. Le PES peut lui-même prendre en charge la pharmacothérapie d'un patient ayant reçu un nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite : il peut, par exemple, titrer la dose de furosémide selon l'état volémique, amorcer des thérapies antiremodelages et prescrire les analyses de laboratoire (électrolytes, fonction rénale, etc.) pour s'assurer de la sécurité du traitement.</p>

Cardiologie (suite)	<p>Il fait également le lien entre le cardiologue et le pharmacien communautaire pour toute question d'optimisation de la thérapie médicamenteuse, les libérant ainsi pour leur permettre d'effectuer des tâches qui requièrent leur expertise.</p> <p>En insuffisance cardiaque, l'amélioration de la qualité de vie et de la survie repose principalement sur l'optimisation de la pharmacothérapie, activité pour laquelle seul le PES possède les connaissances et les compétences nécessaires.</p>
Médecine interne, chirurgie et gériatrie	<p>La polypharmacie touche une partie importante des patients hospitalisés et la gestion de leur pharmacothérapie revêt une complexité particulière. Grâce aux connaissances et aux compétences acquises lors de sa formation postdoctorale, le PES s'assure de la prise en charge des traitements pharmacologiques des patients présentant des problèmes de santé critiques, instables et complexes. Il rédige notamment l'ordonnance à l'admission afin d'assurer la continuité des soins et ajuste la pharmacothérapie selon l'évolution clinique du patient tout au long de son séjour. En outre, il déprescrit des médicaments et retire ceux qui ne sont plus nécessaires. Au congé du patient, le PES rédige l'ordonnance de départ et assure le lien avec le pharmacien de première ligne. Il favorise ainsi une transition de soins plus fluide et efficace.</p> <p>Le PES met ainsi en valeur son expertise pour optimiser le traitement des patients admis en établissement de santé, ce qui allège la charge de travail du personnel médical et infirmier et lui permet de se consacrer à d'autres activités. De même, il réduit le risque d'erreurs médicamenteuses et d'effets indésirables à divers moments dans le cheminement du patient tout au long de son parcours de soins.</p>
Néphrologie	<p>Une grande partie des médicaments sont éliminés par les reins : le suivi de ces médicaments, surtout chez les patients atteints d'insuffisance rénale, est ainsi primordial afin d'assurer leur efficacité et éviter des effets indésirables. Par ses connaissances avancées, le PES amorce, modifie ou cesse la pharmacothérapie des patients atteints d'insuffisance rénale. Par exemple, plusieurs médicaments antiépileptiques sont davantage éliminés par l'hémodialyse et perdent ainsi leur efficacité. Le PES identifie ce type de problème lié à la pharmacothérapie et est en mesure d'ajuster la dose ou de suggérer un autre traitement. Cette pratique autonome (avec l'EPAP) permet donc, dans l'exemple en question, d'assurer le contrôle de l'épilepsie et d'éviter les convulsions. Le PES optimise également le traitement d'autres pathologies fréquemment rencontrées chez les patients atteints d'insuffisance rénale, comme le diabète, l'hypertension résistante, l'anémie et les déséquilibres phosphocalciques.</p>

Néphrologie (suite)	<p>Le PES possède l'expertise nécessaire pour prendre en charge la pharmacothérapie des patients atteints de comorbidités et sous de multiples thérapies complexes. En pratiquant de cette manière, il réduit promptement le risque d'effets indésirables et assure l'efficacité des traitements.</p>
Oncologie	<p>Faisant déjà partie intégrante de l'équipe de soins en oncologie, le PES prend en charge la surveillance des traitements oncologiques, dont la chimiothérapie, l'immunothérapie et les médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale (MAVO). Il peut ainsi intervenir rapidement pour assurer l'efficacité et la sécurité de la thérapie oncologique : gestion d'une réaction allergique à une perfusion de chimiothérapie, prescription des thérapies de soutien à domicile (antiémétiques, vaccination, préservation de la santé osseuse, traitement de la toxicité cutanée, des mucosites oropharyngées et des bouffées de chaleur, etc.). D'ailleurs, le PES détient également l'expertise pour soutenir la première ligne, par exemple dans l'évaluation du risque d'interactions médicamenteuses entre le MAVO et la pharmacothérapie chronique et concomitante du patient.</p> <p>Le PES s'assure d'un accès rapide aux soins pour des patients particulièrement vulnérables aux problèmes liés à leur pharmacothérapie. Un grand nombre de consultations en oncologie et à l'urgence pour des événements indésirables secondaires aux traitements oncologiques est ainsi évité. De plus, le PES met à profit son expertise en pharmacothérapie avancée afin de soutenir ses collègues en première ligne.</p>
Pédiatrie	<p>Chez l'enfant, le PES qui assure l'usage optimal des médicaments requiert une expertise particulière. En effet, plusieurs calculs sont nécessaires au bon dosage des médicaments. Les changements pharmacocinétiques au cours de la croissance de l'enfant changent la façon dont le médicament est absorbé, distribué, métabolisé et éliminé. Peu de données probantes sont disponibles pour soutenir l'utilisation d'un grand nombre de médicaments en pédiatrie : il est même estimé que jusqu'à 100 % des patients pédiatriques hospitalisés recevraient au moins un médicament sans indication officielle. Le PES avec une expertise particulière en pédiatrie assure un soutien régulier aux pharmaciens de première ligne en répondant à des questions sur des ordonnances ou en assurant, au moment du congé, le transfert de toutes les informations nécessaires pour la prise en charge, le suivi du patient pédiatrique et le service de médicaments qui nécessitent une forme pharmaceutique particulière et spécialisée à la pédiatrie. Cela permet d'assurer la sécurité de cette clientèle plus à risque de subir des erreurs médicamenteuses et de rendre la transition de soins plus fluide pour le patient et sa famille.</p>

<p>Pédiatrie (suite)</p>	<p>Il apparaît ainsi évident que le PES possède les connaissances et les compétences pour veiller à l'efficacité et à la sécurité de la pharmacothérapie en pédiatrie. Par un droit de prescription autonome, le PES s'assure que les doses sont adéquates, que l'enfant répond favorablement à son traitement et que l'ensemble de sa pharmacothérapie est approprié.</p> <p>Le PES est le véritable expert du médicament. Il prend en compte la totalité des particularités propres à la pédiatrie et s'assure d'une prise en charge efficace et sécuritaire de la pharmacothérapie de ses patients.</p>
<p>Santé mentale</p>	<p>Dans le cadre du programme du Traitement intensif bref à domicile (TIBD) qui vise à prévenir les hospitalisations en psychiatrie, le PES est lui-même responsable de la prise en charge de la pharmacothérapie lorsque l'équipe n'inclut pas de médecin psychiatre. À la suite de son évaluation, il amorce et ajuste les médicaments de psychiatrie, y compris les antipsychotiques et les antidépresseurs, et joue un rôle prépondérant dans la gestion des troubles liés à l'usage des opioïdes et autres substances. Il s'assure également du traitement adéquat de toutes les conditions de santé physique concomitantes, dont certaines, comme les maladies cardiovasculaires et métaboliques, qui se développent en tant qu'effets secondaires aux médicaments de psychiatrie.</p> <p>Le succès de programmes comme le TIBD, qui visent à augmenter l'accès des patients à des soins de qualité et à prévenir des hospitalisations, repose sur les compétences et les connaissances des membres des équipes participantes. Le PES en pharmacothérapie avancée fait partie intégrante de ces équipes et contribue à leur réussite pour améliorer la santé des patients.</p>
<p>Urgence</p>	<p>D'une part, le PES analyse la pharmacothérapie que le patient prenait à domicile et prescrit les médicaments appropriés selon la présentation clinique du patient. De plus, à la suite d'une première évaluation réalisée par le médecin, le PES effectue le suivi des analyses de laboratoire, des tests d'imagerie et des cultures bactériennes et prescrit la pharmacothérapie appropriée pour traiter la condition aiguë du patient.</p> <p>D'autre part, dans le cas de conditions mineures ou de consultations liées à des problèmes de pharmacothérapie, le PES prend en charge la totalité de la pharmacothérapie du patient en procédant à l'évaluation de la condition du patient et, le cas échéant, en prescrivant le traitement nécessaire.</p> <p>En somme, l'implication du PES à l'urgence permet d'augmenter l'accès des patients aux soins qui leur sont nécessaires au moment opportun. Ces activités permettent au PES de libérer davantage le personnel médical pour les cas qui requièrent son expertise. Le PES favorise ainsi une utilisation plus efficiente des membres de l'équipe soignante.</p>

ANNEXE 4 – AVANTAGES DE LA SPÉCIALISATION

Spécialité en pharmacie d'établissement

DIMENSIONS	ACCÈS AUX SOINS	RÉSEAU PERFORMANT	PHARMACIENS PRÉSENTS
RÉSULTAT	UNE SOLUTION GAGNANTE POUR TOUS		
AVANTAGES	<p>+ de maintien à domicile grâce à l'appui des pharmaciens spécialistes aux soignants et aux pharmaciens de 1^{re} ligne</p>	<p>+ d'autonomie grâce à la prise en charge des patients par des pharmaciens spécialistes</p>	<p>+ de capacité d'attirer les pharmaciens à la maîtrise</p>
	<p>+ d'accès aux soins pour les patients par la création de corridors de consultation</p>	<p>+ d'agilité grâce à des interventions rapides et adaptées aux besoins</p>	<p>+ de rétention dans la pratique en établissement</p>
	<p>+ de continuité des soins pharmaceutiques lors des transferts et des congés de l'hôpital</p>	<p>+ de fluidité grâce au partage des responsabilités</p>	<p>+ de valorisation et de reconnaissance pour les pharmaciens du réseau public</p>
DIMENSIONS	ACCÈS AUX SOINS	RÉSEAU PERFORMANT	PHARMACIENS PRÉSENTS
RÉSULTAT	UN RENDEZ-VOUS MANQUÉ AVEC L'ACCÈS, LA FLUIDITÉ ET L'EFFICIENCE		
DIMENSIONS	<p>Peu ou pas de soutien au maintien à domicile</p> <p>Pas d'appui aux soignants de première ligne</p>	<p>Autonomie variable selon l'établissement et reliée à des contraintes administratives lourdes</p>	<p>Moins de capacité d'attirer des pharmaciens à la maîtrise</p>
	<p>Pas de création de corridors de consultations vers des pharmaciens spécialistes</p>	<p>Agilité variable selon l'établissement, le réseau et les relations interprofessionnelles et reliée à des contraintes administratives lourdes</p>	<p>Moins de rétention dans la pratique en établissement</p>
	<p>Continuité des soins déficiente, variable et difficile</p>	<p>Manque de fluidité et pratique à vitesse variable, en fonction des individus et des installations</p>	<p>Absence de valorisation et de reconnaissance des pharmaciens du réseau public</p>

ANNEXE 5 – COMPARAISON PROGRAMMES IPS-PES

		Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)	Pharmaciens d'établissement (PES)
Classes de spécialité¹		Néonatalogie, santé mentale, soins aux adultes, soins pédiatriques, première ligne	Pharmacothérapie avancée
Sites de formation^{2,3}		<ol style="list-style-type: none"> 1. Université de Montréal 2. Université Laval 3. Université McGill 4. Université de Sherbrooke 5. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue 6. Université du Québec à Chicoutimi 7. Université du Québec en Outaouais 8. Université du Québec à Rimouski 9. Université du Québec à Trois-Rivières 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Université de Montréal 2. Université Laval
Programme de formation^{1,2,4,5}	Nombre de crédits (total)	75	60
	Nombre de crédits (stages) et nombre d'heures équivalentes	Entre 21 et 25 (au moins 950 heures)	Entre 24 et 27 (au moins 1 120 heures)
	Nombre de crédits (pharmacothérapie)	3 (pour la majorité des programmes)	Entre 9 et 13 (cours théoriques spécifiques) au sein d'une formation axée sur la pharmacothérapie avancée
	Durée (temps plein)	2 ans	16 mois

<p>Conditions d'accès à la profession^{1,2,3}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réussite du baccalauréat en sciences infirmières (environ 100 crédits) 2. Réussite de l'examen professionnel d'admission à la profession 3. Expérience de pratique pendant au moins deux ans (dont au moins un an auprès de la clientèle visée par la classe de spécialité) 4. Réussite du programme de deuxième cycle 5. Réussite de l'examen professionnel des IPS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réussite du doctorat professionnel de premier cycle en pharmacie (Pharm. D., 164 crédits) 2. Réussite du programme de deuxième cycle
<p>Historique de la formation^{6,7}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1972 : mise sur pied d'un programme de formation de pratique infirmière étendue à l'Université McGill • 2002 : lancement du premier programme de formation universitaire pour les IPS en cardiologie et en néphrologie à l'Université de Montréal 	<ul style="list-style-type: none"> • 1961 : sanction du diplôme de deuxième cycle en pharmacie d'hôpital (DPH) à l'Université de Montréal • 1962 : mise sur pied du certificat en pharmacie d'hôpital (CPH) à l'Université Laval • 1980 : transformation du CPH en DPH à l'Université Laval • 1992 : transformation du DPH en maîtrise en pharmacie d'hôpital dans les deux facultés

<p>Historique de la formation^{6,7} (suite)</p>		<ul style="list-style-type: none">• 1997 : transformation de la maîtrise en pharmacie d'hôpital en maîtrise en pratique pharmaceutique• 2011 : transformation de la maîtrise en pratique pharmaceutique en maîtrise en pharmacothérapie avancée
---	--	--

Abréviations : IPS : infirmière praticienne spécialisée ; CPH : certificat en pharmacie d'hôpital ; DPH : diplôme en pharmacie d'hôpital

Références :

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : Lignes directrices. OIIQ;2021. 62 p. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf> (consulté le 6 août 2024).
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Infirmière praticienne spécialisée – infirmier praticien spécialisé (IPS). [En ligne]. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips> (consulté le 6 août 2024).
3. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Formation. [En ligne]. <https://www.apesquebec.org/pharmacien/formation> (consulté le 6 août 2024).
4. Sites Web des universités offrant le programme de formation pour les infirmières praticiennes spécialisées.
5. Sites Web des deux facultés de pharmacie offrant le programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée.
6. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. Historique. [En ligne]. <https://www.aipsq.com/historique> (consulté le 6 août 2024).
7. Bussières JF, Marando N. De l'apothicaire au spécialiste – Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec. 1^{re} éd. Montréal : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec;2011. 567 p.

ANNEXE 6 – DÉCLARATION COMMUNE SUR LE BESOIN DE PHARMACIENS SPÉCIALISTES EN PHARMACOTHÉRAPIE AVANCÉE

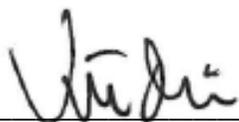
Dans le contexte du PL 67, nous souhaitons que les pharmaciens détenteurs d'une maîtrise en pharmacothérapie avancée (MPA) soient reconnus comme pharmaciens spécialistes et disposent par le fait même d'un plein droit de prescription autonome et de responsabilités spécifiques.

Les pharmaciens d'établissement de santé détiennent majoritairement une formation universitaire de deuxième cycle, soit la maîtrise en pharmacothérapie avancée d'une durée de 16 mois et de 60 crédits, en plus de leur doctorat professionnel de premier cycle d'une durée de 4 ans et de 164 crédits. Ils sont formés pour travailler en interdisciplinarité, dans un contexte de maladies instables et de soins aigus.

L'absence de distinction pour ces pharmaciens fait que les patients et les professionnels ne peuvent pas les identifier. Cela nuit à la formalisation d'une offre de soins et services rehaussée pour les détenteurs de MPA au profit des patients.

Cette offre de soins et services permettrait de libérer davantage les médecins de famille et les médecins spécialistes, tout en assurant un soutien structuré aux pharmaciens de première ligne qui sont appelés à composer avec des situations aiguës et complexes.

En somme l'ajout de la notion de spécialisation en pharmacothérapie avancée au PL 67 viendrait appuyer les objectifs du Plan Santé du ministre de la Santé en augmentant l'accès aux soins et services au Québec et en améliorant leur fluidité.



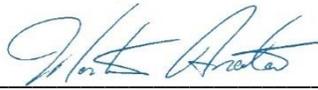
D' Vincent Oliva, président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

 **FMSQ**
Spécialistes de vous

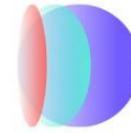


D' Marc-André Amyot, président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

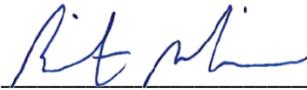
 **FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC**



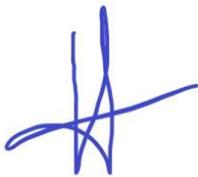
D^r Martin Arata, président
Association des ACMDPQ du Québec



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec



Benoît Morin, président
Association québécoise des pharmaciens propriétaires



Patrick Hemery, président
Association des pharmaciens salariés du Québec



Jean Thiffault, président
Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec



ASSOCIATION DES BANNIÈRES ET
CHAÎNES DE PHARMACIES DU QUÉBEC



Julie Méthot, doyenne
Faculté de pharmacie de l'Université Laval



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de pharmacie



Simon de Denus, doyen
Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Faculté de pharmacie

Université 
de Montréal