

# **LIVRE BLANC SUR LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN PHARMACIE**

Constats, enjeux et pistes d'action issus du Sommet sur le  
parcours du patient en pharmacie

par Mélanie Bourassa Forcier  
& Simon Lapierre

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du comité scientifique pour leur contribution au Sommet ainsi que pour leurs commentaires relatifs à ce Livre blanc.

## **Membres du comité scientifique**

Jean-Philippe Adam, pharmacien d'établissement

Jean-Paul Bahary, M.D. radio-oncologue

Mélanie Bourassa Forcier, professeure titulaire en droit

Marie-Ève Bouthillier, professeure agrégée d'éthique clinique

Marie-Line Brouillette, IPSSA, CCSI-IPS

Jida El Hajjar, association de patients

Cassandra Poitras, patient partenaire

Anne-Marie Savard, professeure titulaire en droit

# TABLE DES MATIÈRES

## 01

---

<u>Sommaire exécutif</u>	03
<u>Liste des définitions</u>	05
<u>Introduction</u>	06
<u>Méthodologie</u>	07

## 02

---

<u>Grand constat</u>	08
Le patient manque d'information permettant un consentement réellement libre et éclairé	

## 03

---

<u>Premier constat spécifique</u>	11
L'orientation du patient peut être justifiée si elle est dans son intérêt, et ceci, tant qu'il conserve la liberté de choisir son pharmacien	

## 04

---

<u>Deuxième constat spécifique</u>	16
L'interdiction de publicité limite l'accès du patient à l'information	

## 05

---

<u>Troisième constat spécifique</u>	22
L'opacité des programmes de soutien aux patients est problématique	

## 06

---

<u>Quatrième constat spécifique</u>	25
L'accès aux médicaments est problématique et force les programmes de soutien aux patients	

## 07

---

<u>Conclusion</u>	29
-------------------	----

## 08

---

<u>Annexe I</u> : Programmation du Sommet interdisciplinaire	30
<u>Annexe II</u> : Cahier de travail des participants	38

# SOMMAIRE EXÉCUTIF

Au cours des dernières années, le parcours de soins en pharmacie au Québec a fait émerger plusieurs enjeux éthiques, juridiques et organisationnels. Un rapport récent publié par l'Association des Pharmaciens des Établissements de Santé du Québec (« A.P.E.S. ») a soulevé plusieurs défis importants, notamment les enjeux relatifs à la continuité et la coordination des soins en pharmacie[1]. En parallèle, une série d'articles médiatiques et de multiples plaintes déposées auprès de l'Ordre des Pharmaciens du Québec ont révélé des tensions croissantes entre certains acteurs en pharmacie[2]. D'un côté, l'Association du Québec des Pharmaciens Propriétaires (« AQPP ») dénonce la pratique dite de « dirigisme », c'est-à-dire, l'orientation des patients vers des pharmacies de médicaments de spécialité, qui serait contraire au Code de déontologie des pharmaciens[3]. De l'autre, côté, certaines pharmacies de spécialités affirment que leur présence permet d'offrir des soins plus complets à certaines catégories de patients. Entre ces deux points de vue, des patients estiment que les débats actuels se déroulent sans leur réelle participation, alors même qu'il est question de leurs droits et intérêts.

C'est dans ce contexte qu'a eu lieu le Sommet sur le parcours de soins en pharmacie, le 4 septembre 2025 dernier à Montréal. En réunissant des patients partenaires, des associations de patients, des professionnels de la santé, des membres d'Ordre professionnel, des juristes, des éthiciens, des représentants d'assureurs privés et des économistes, le Sommet visait à évaluer l'ensemble de ces enjeux dans une perspective multidisciplinaire. Son objectif : réfléchir collectivement sur ce qui constitue véritablement les intérêts des patients dans son parcours de soins en pharmacie et comment faire en sorte que ce parcours soit davantage centré sur leurs besoins exprimés.

Le présent Livre blanc fait écho aux échanges tenus lors du Sommet et **présente les partages de connaissances des divers acteurs, les constats majeurs et les pistes de solutions soulevées lors du Sommet.**

[1] Association des Pharmaciens des Établissements de Santé du Québec (A.P.E.S.), Comité intraprofessionnel en pharmacie, Recommandation sur le parcours de soins pharmaceutiques des patients, Québec, A.P.E.S., 2025, en ligne : <[https://www.apesquebec.org/system/files?file=2025-03/20250321\\_recommandations\\_parcours\\_soins\\_pharmaceutiques.pdf](https://www.apesquebec.org/system/files?file=2025-03/20250321_recommandations_parcours_soins_pharmaceutiques.pdf)>.

[1] Voir : Alain Thériault, « Beneva se plaint de dirigisme chez les pharmacies de spécialité », Portail de l'Assurance (14 octobre 2025), en ligne : <<https://portail-assurance.ca/article/beneva-se-plaint-de-dirigisme-chez-des-pharmaciens-de-specialite/>> ; voir également : Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Assaraf, 2020 QCCDPHA 7 (CanLII) ; Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Manseau, 2019 CanLII 126385 (QC CDOPQ) ; Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Gilbert, 2022, QCCDPHA 41 ; Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Gilbert, 2021 QCCDPHA 4.

[1] Voir : AQPP, « Pratiques anticoncurrentielles et concentration outrageuse dans la distribution des médicaments de spécialité : l'AQPP dépose une action collective contre certains de ses membres », AQPP (12 juin 2024), en ligne : <<https://www.monpharmacien.ca/nouvelles/pratiques-anticoncurrentielles-et-concentration-outrageuse-dans-la-distribution-des-medicaments-de-specialite-laqpp-depose-une-action-collective-contre-certains-de-ses-membres/>> ; ibid.

# LISTE DES DÉFINITIONS

<b>Parcours de soins en pharmacie</b>	<b>Le cheminement du patient de son domicile à la pharmacie communautaire, ou d'un établissement de santé (hôpital) vers cette pharmacie, dans le but d'obtenir des médicaments.</b>
<b>Dirigisme</b>	<b>Le fait d'orienter ou référer le patient vers une pharmacie particulière pour obtenir un service ou un médicament spécifique.</b>
<b>Pharmacie de médicaments de spécialité</b>	<b>Pharmacie qui se consacre à la distribution, gestion et suivi de médicaments de spécialité généralement associés à des maladies rares ou complexes et nécessitant des traitements spécialisés.</b>
<b>Programme de Soutien aux Patients (PSP)</b>	<b>Service privé et gratuit visant à accompagner les patients dans la gestion de leur traitement pour un médicament de spécialité. Il fournit de l'information, du soutien administratif et des services personnalisés.</b>

# INTRODUCTION

Aujourd'hui, **le parcours du patient en pharmacie est en pleine évolution**. Entre l'accroissement de la complexité thérapeutique, l'émergence de médicaments de spécialité, la diversification des milieux de pratique des pharmaciens (ex. : GMF, Hôpital, etc.), la multiplication des programmes de soutien aux patients (PSP) et la nécessité d'assurer une véritable continuité des soins, la voix du patient apparaît plus essentielle que jamais.

C'est dans le but de réfléchir à ces réalités qu'a eu lieu le Sommet sur le parcours de soins en pharmacie, le 4 septembre 2025 à Montréal. **Réunissant des patients partenaires, des associations de patients, des professionnels de la santé, des juristes, des éthiciens, des représentants d'assureurs privés et des économistes, les discussions ont révélé des tensions et une réalité préoccupante** : l'information disponible est fragmentée, les règles déontologiques sont parfois inadaptées aux réalités actuelles et la transparence de l'information fait parfois défaut. Résultat : le patient se retrouve peu outillé pour exercer pleinement son consentement libre et éclairé.

Ce Livre blanc documente ces tensions en mettant en évidence les angles morts de la réglementation et des pratiques professionnelles et propose des pistes de solutions réalistes et concrètes. De ces partages émergent cinq constats majeurs : le déficit d'information du patient ; la difficulté de concilier liberté de choix et orientation du patient ; l'opacité créée par l'interdiction de publicité ; la nécessité d'une transparence accrue des programmes de soutien aux patients ; et enfin, l'importance de réfléchir à des alternatives aux programmes de soutien aux patients (« PSP ») dans un contexte de délais d'accès aux médicaments au Québec. En sus de ces constats, des enjeux tels que la fragmentation de l'information (hôpital vs communautaire), le sous-financement du réseau de la santé et le manque d'outil informatique ont été soulevés.

Le Sommet soulève une conviction commune : le patient doit être reconnu comme un sujet de droit, dont l'autonomie repose sur un accès à l'information claire, intelligible et complète. Plus spécifiquement, nous tirons comme grand constat le suivant : le patient manque d'information permettant un consentement libre et éclairé. Suivent quatre constats spécifiques : (1) l'orientation du patient peut être justifiée si elle est dans son intérêt, et ceci, tant qu'il conserve la liberté de choisir son pharmacien ; (2) l'interdiction de publicité limite l'accès du patient à l'information, (3) l'opacité des programmes de soutien aux patients est problématique ; et (4) l'accès aux médicaments est problématique et force les programmes de soutien aux patients.

**Cette reconnaissance exige trois transformations : renforcer la transparence de l'offre de services, moderniser le cadre juridique et déontologique, et soutenir la participation active des patients dans la gouvernance du parcours en pharmacie.**

Loin de trancher l'ensemble des débats, ce Livre blanc invite le dialogue entre toutes les parties prenantes afin de replacer le patient au cœur du système.

# MÉTHODOLOGIE



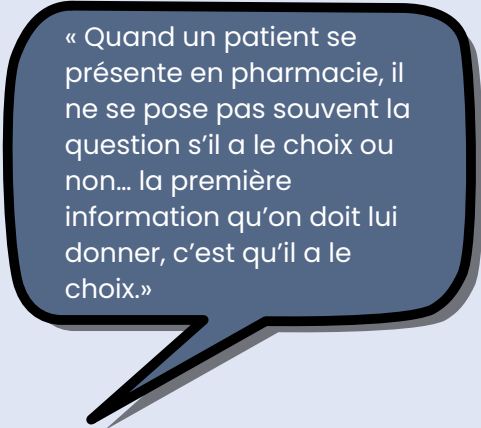
**Méthodologie :** Lors du Sommet, les participants ont été invités à remplir un Cahier de travail (Annexe 2). Le présent Livre blanc fait ressortir les grands constats découlant des commentaires nous ayant été partagés dans ce Cahier ainsi que dans le contexte des ateliers de discussion. Un total de 70 participants provenant de différents horizons (patients partenaires, associations de patients, représentants de l'Ordre des pharmaciens, représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, médecins, infirmières spécialisées, juristes, éthiciens, etc.) étaient inscrits au Sommet. Chacun des participants s'est vu assigné à une table afin de susciter des discussions entre intervenants provenant de différents milieux.

**Limites :** L'objectif de ce Livre blanc est de faire écho aux différentes interventions du Sommet. Il ne représente pas une étude scientifique qui s'appuie sur la littérature. Nous avons souhaité rapporter les propos des panélistes et participants lorsque ceux-ci suscitaient particulièrement un appui lors du Sommet. Nous avons aussi tenté de faire ressortir les voix plus discordantes.

# GRAND CONSTAT

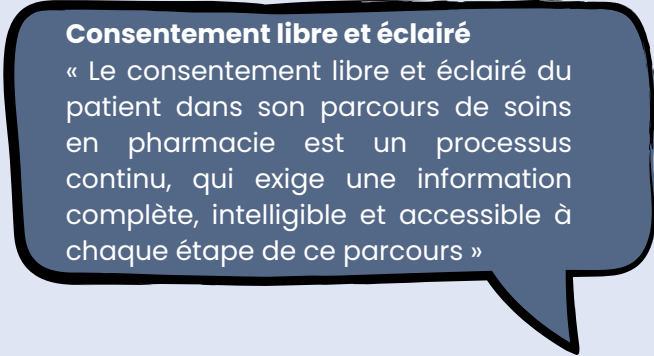
## LE PATIENT MANQUE D'INFORMATION PERMETTANT UN CONSENTEMENT RÉELLEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Les discussions du Sommet ont révélé un consensus clair: les patients manquent d'informations nécessaires pour faire des choix libres et éclairés dans leur parcours de soins en pharmacie. Cette réalité amène comme résultat que le consentement du patient est trop souvent partiel et qu'il est difficile pour lui de se positionner.



« Quand un patient se présente en pharmacie, il ne se pose pas souvent la question s'il a le choix ou non... la première information qu'on doit lui donner, c'est qu'il a le choix. »

### Consentement libre et éclairé



« Le consentement libre et éclairé du patient dans son parcours de soins en pharmacie est un processus continu, qui exige une information complète, intelligible et accessible à chaque étape de ce parcours »

### 1) Le droit de choisir, librement et de façon éclairée, son pharmacien : un principe relatif

Le droit du patient à choisir son pharmacien, consacré à l'article 27 du Code de déontologie des pharmaciens, est fondamental[4]. Ce même principe est présent dans le Code de déontologie des médecins.[5]

Plusieurs panélistes et participants ont souligné que le choix du patient de son professionnel de la santé est, dans les faits, hautement relatif et dépend autant des ressources disponibles que de l'information transmise au patient. À titre d'exemple, il a été souligné que la réalité du réseau de la santé fait en sorte qu'un patient ne peut jamais réellement choisir son médecin, ou même son pharmacien d'établissement, pour différentes raisons : filtre de pertinence, accès difficile à un médecin de famille, absence de ressource, éviter le retard dans la prise en charge, marché non compétitif. Le choix du patient de son pharmacien ressort comme beaucoup plus probable en raison du nombre important de pharmacies sur un territoire donné : le patient dispose d'un réel choix quant au choix de son pharmacien. Or, il ressort du Sommet que ce choix s'exerce de façon variable et relative, selon l'information transmise au patient.

[4] Code de déontologie des pharmaciens, ch P-10, r 7, art 27.

[5] Code de déontologie des médecins, ch M-9, r 17, art 26.





Plusieurs témoignages de patients ont illustré cette réalité lors du Sommet. Il ressort ainsi que le patient, pour faire un choix libre et éclairé, devrait connaître :

**a) L'expertise spécifique du pharmacien, le cas échéant. Par exemple, cette expertise pourrait être reconnue par un organisme indépendant et ensuite affichée en pharmacie.**

Les patients ignorent que les pharmacies n'offrent pas les mêmes ressources ni la même expertise.

Il a été reconnu lors du Sommet que, bien que les pharmaciens possèdent tous les mêmes connaissances de base, que des pharmaciens possèdent bien des expertises par rapport à d'autres ce qui n'est pas connu du public.

L'expertise du pharmacien peut découler notamment de sa formation additionnelle spécifique (par exemple en oncologie) ou encore du volume de services qu'il offre à une clientèle particulière (par exemple, le pharmacien qui œuvre dans un milieu où la consommation de narcotiques est importante sera susceptible d'avoir développé une expertise particulière par rapport à un autre pharmacien ou encore celui qui a réalisé une maîtrise en pharmacothérapie). Par ailleurs, certaines connaissances plus pointues peuvent varier d'un pharmacien à l'autre, notamment de par son niveau de perfectionnement ou en raison de sa participation à l'apprentissage continu.

« [...] On ne peut pas demander le même niveau de connaissance à un pharmacien A et un pharmacien B ».



### **b) La capacité du pharmacien et de la pharmacie à bien accompagner le patient selon ses besoins (ex. : disponibilité, soutien humain, ressources, livraison à domicile, etc.)**

Les contraintes de temps en pharmacie nuiraient à la qualité de l'information délivrée. En pharmacie communautaire, le rythme de travail est soutenu. Une pharmacienne a témoigné que les patients « veulent juste que ça aille vite », ce qui met une pression pour raccourcir les explications. Cela peut conduire à omettre des renseignements importants permettant de bien accompagner les patients.

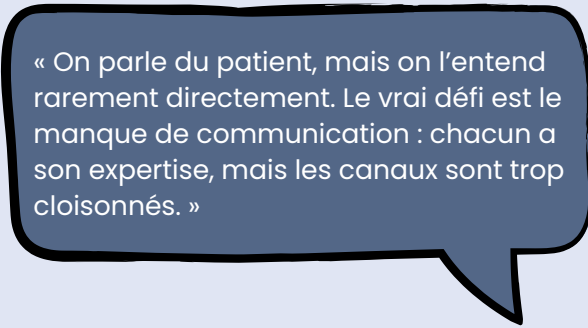
Il appert que l'information transmise au patient dépend aussi fortement du contexte et du milieu de pratique. Dans les petites pharmacies de région, la communication patient-pharmacien pourrait être plus personnalisée, alors que dans de très grandes pharmacies, à volume élevé, il serait plus difficile de prendre le temps d'informer chaque patient.

### **c) Les honoraires facturés et les services offerts**

Les participants ont souligné l'importance pour le patient de pouvoir se procurer son médicament dans la pharmacie de son choix et d'être en mesure de connaître les honoraires et les services offerts du pharmacien avant l'achat de ses médicaments. Des participants, essentiellement issus de la pharmacie, ont toutefois souligné que la transmission en amont de l'information relative aux honoraires pouvait prêter à confusion, puisque ceux-ci peuvent varier d'une pharmacie à l'autre pour différentes raisons, notamment en fonction des services additionnels offerts dans certaines pharmacies.

## 2) La fragmentation de l'information

L'absence de communication entre les différents professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières praticiennes spécialisées (IPS)) est ressortie comme enjeu important limitant le consentement libre et éclairé du patient dans le contexte de son parcours en pharmacie.



« On parle du patient, mais on l'entend rarement directement. Le vrai défi est le manque de communication : chacun a son expertise, mais les canaux sont trop cloisonnés. »

Plusieurs ont pointé une fragmentation de l'information dans ce parcours, c'est-à-dire que chaque professionnel détient une partie de l'information sans que celle-ci ne soit complètement transmise au patient. Ainsi, les patients n'ont pas d'explications complètes des différentes options et alternatives disponibles. Au-delà de l'information parfois incomplète, les « silos informationnels » présentent aussi le risque d'informations contradictoires qui impose ainsi au patient de composer avec ces contradictions pouvant générer un stress important.

Des panélistes ont ainsi insisté sur l'importance d'expliquer clairement les options aux patients, puis de prendre en compte les valeurs et le contexte de vie du patient. Il appert des discussions que de renforcer la communication interdisciplinaire (médecins, IPS, pharmaciens, etc.) est essentiel pour optimiser et assurer la continuité des soins en pharmacie.

**Grand constat :** le patient manque d'information permettant un consentement réellement libre et éclairé

**Pistes de solution :** renforcer la voix du patient, assurer la transparence de l'information, favoriser la communication interprofessionnelle et améliorer la littératie en santé, investir au niveau technologique, pour améliorer la transition entre les milieux de soins, assurer que les tables territoriales des soins et services pharmaceutiques puissent avoir la marge de manœuvre pour améliorer les trajectoires.

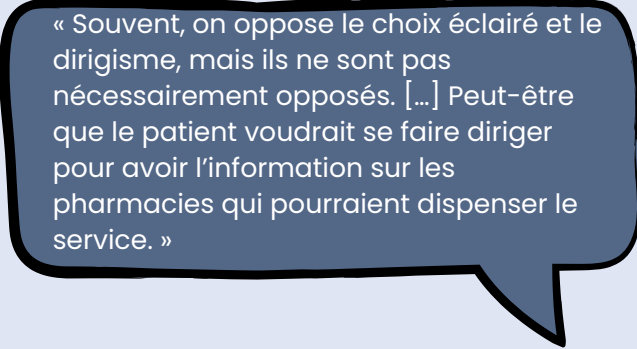
# PREMIER CONSTAT SPÉCIFIQUE

## L'ORIENTATION DU PATIENT PEUT ÊTRE JUSTIFIÉE SI ELLE EST DANS SON INTÉRÊT, ET CECI, TANT QU'IL CONSERVE LA LIBERTÉ DE CHOISIR SON PHARMACIEN

L'orientation du patient (souvent associée au terme « dirigisme ») est interdite par l'entremise des articles 77(4) et 27 du Code de déontologie des pharmaciens[6].

L'article 77(4) interdit à un pharmacien « d'obtenir de la clientèle par l'entremise d'un intermédiaire ou de s'entendre à cette fin avec un tel intermédiaire », alors que l'article 27 protège le droit du patient à choisir son pharmacien[7].

Il ressort des discussions que l'orientation du patient vers un pharmacien ou une pharmacie particulière peut être dans son intérêt (l'intérêt du patient était la visée du Code de déontologie des pharmaciens) lorsque cette orientation lui offre un accompagnement qui répond à ses besoins, mais ceci, dans la mesure où le patient conserve le droit de choisir sa pharmacie et que son choix est libre et éclairé.



« Souvent, on oppose le choix éclairé et le dirigisme, mais ils ne sont pas nécessairement opposés. [...] Peut-être que le patient voudrait se faire diriger pour avoir l'information sur les pharmacies qui pourraient dispenser le service. »

Les présentations de nature juridique présentées au Sommet ont mis en lumière les dernières décisions du Conseil de discipline des pharmaciens, lesquelles génèrent une certaine instabilité et imprévisibilité quant à la portée de l'interprétation de ce qu'est le meilleur intérêt du patient dans le contexte de l'interprétation de la notion « d'orientation du patient ».

[6] Code de déontologie des pharmaciens, supra note 4, art 77(4), 27.

[7] Ibid.

Par ailleurs, le flou dans la définition commune entre orientation vs dirigisme du pharmacien d'utiliser des intermédiaires soulève une ambiguïté juridique, notamment lorsqu'il s'agit d'orienter le patient vers la ressource la plus appropriée. Cette tension apparaît particulièrement dans certains schémas de distribution particuliers, comme les réseaux exclusifs de pharmacies ou les PSP mis en place par l'industrie pharmaceutique.

Dans ce contexte, l'enjeu central réside dans la qualification juridique de la notion d'« intermédiaire », au sens de l'article 77(4) du Code de déontologie[8]. La présentation de Me Champagne et Me Leblanc a mis en lumière des décisions disciplinaires récentes qui illustrent bien cette ambiguïté.

### **L'affaire Manseau : une approche permissive**

Dans l'affaire Manseau (2019), un pharmacien a été accusé d'avoir conclu des ententes exclusives de distribution de médicaments via un intermédiaire (la compagnie BioScript)[9]. Il a été reconnu non coupable sur le volet de l'intermédiaire (art. 77(4))[10]. En revanche, il a été sanctionné pour d'autres manquements déontologiques, tels que l'atteinte à la liberté de choix des patients, la perception de bénéfices indus, irrégularités dans la rédaction d'ordonnances, etc[11].

À cette époque, le Conseil de discipline semblait exiger davantage qu'une simple entente ou qu'une participation à un réseau fermé pour conclure à une violation de l'article 77(4). La preuve devait démontrer une véritable obtention fautive de clientèle ou une atteinte concrète au droit du patient. Cette décision a pu laisser croire qu'une certaine marge de manœuvre existait pour des ententes de distribution, tant que d'autres principes (comme l'information au patient ou l'absence d'avantages indus) étaient respectés.

### **L'affaire Assaraf : ouverture encadrée et balises de conformité**

Cette impression a toutefois été nuancée par les affaires Assaraf (2020 et 2021)[12]. Michael Assaraf participait à un réseau contractuel avec des cliniques de perfusion de médicaments biologiques, qui dirigeaient automatiquement leurs patients vers sa pharmacie[13]. Les formulaires internes des cliniques servaient de prescriptions[14]. Ainsi, les patients, en pratique, n'exerçaient aucun choix quant à leur pharmacien. De plus, M. Assaraf était accusé d'avoir versé des avantages financiers aux cliniques et de ne pas avoir tenu correctement ses dossiers[15].

[8] Ibid, art 77 (4).

[9] Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Manseau 2019 CanLII 126385 (QC CDOPQ).

[10] Ibid.

[11] Ibid.

[12] Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Assaraf, 2020 QCCDPA 7 (CanLII); Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Assaraf, 2021 QCCDPA 4 (CanLII).

[13] Ibid.

[14] Ibid.

[15] Ibid.

Le Conseil de discipline a retenu la culpabilité sur l'ensemble des chefs, y compris l'article 77(4) : M. Assaraf avait bel et bien « obtenu de la clientèle par l'entremise d'un intermédiaire »[16].

Toutefois, le pharmacien a présenté un plan de conformité pour l'avenir. Il s'engageait à ne participer à un PSP que si certaines conditions étaient respectées : que le programme soit ouvert à tous les pharmaciens, que les patients soient toujours informés de l'ensemble des pharmacies participantes, et que la dispensation de doses gratuites ou de compassion puisse se faire dans la pharmacie du choix du patient.

Ces engagements dessinaient une voie médiane : un pharmacien peut participer à des PSP ou à des ententes de collaboration, mais à la condition que la liberté de choix soit réelle et que l'organisation ne devienne pas un canal exclusif de clientèle. Plusieurs y ont vu un « mode d'emploi » implicite pour collaborer légalement avec des PSP : pas d'exclusivité, transparence totale, consentement éclairé du patient. On pouvait croire que la jurisprudence avait trouvé un équilibre pragmatique, conciliant le besoin d'innovation organisationnelle avec la protection du droit du patient.

### **L'affaire Gilbert : durcissement et effet entonnoir**

Dans la décision Gilbert, le Conseil de discipline a adopté une lecture beaucoup plus stricte : la simple participation à un PSP a suffi pour constituer une infraction à l'article 77(4), sans qu'il ne soit nécessaire de démontrer un préjudice concret pour les patients[17].

Ici, M. Gilbert ne gérait pas un réseau contractuel exclusif ; il participait simplement à des PSP existants, organisés par les fabricants Janssen et AstraZeneca[18]. Ces programmes offraient des services d'accompagnement et orientaient les patients vers certaines pharmacies participantes, dont la sienne[19].

Le raisonnement du Conseil de discipline est donc clair : peu importe le consentement des patients ou leur satisfaction, ce qui compte, c'est le mécanisme par lequel ils sont arrivés à la pharmacie. Si ce mécanisme implique un intermédiaire, il y a violation.

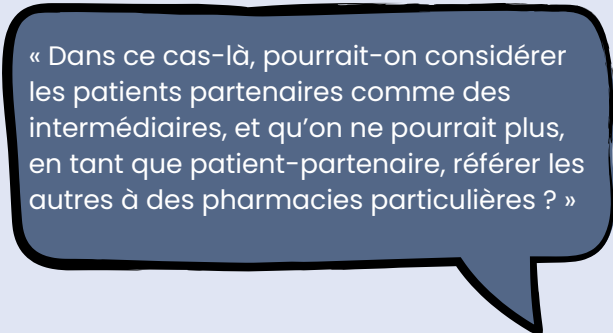
[16] Ibid.

[17] Pharmaciens (Ordre professionnel des) c Gilbert, 2021 QCCDPHA 4.

[18] Ibid.

[19] Ibid.

Pour des juristes, cette approche vient créer une contradiction quant à l'interprétation du Code de déontologie des pharmaciens. Là où Assaraf avait ouvert une brèche encadrée, Gilbert assimile tout PSP à une intermédiation fautive. En l'espace de quelques années, nous sommes ainsi passés d'une interprétation souple à restrictive quasi absolue : la seule existence d'un intermédiaire semble suffire à caractériser la faute.



« Dans ce cas-là, pourrait-on considérer les patients partenaires comme des intermédiaires, et qu'on ne pourrait plus, en tant que patient-partenaire, référer les autres à des pharmacies particulières ? »

La décision Gilbert est présentement en appel. Deux scénarios sont envisageables :

1. Si la décision est confirmée : toute participation à un PSP risquera d'être jugée illégale, ce qui pourrait mettre en péril l'existence même de nombreux programmes aujourd'hui essentiels à l'accès aux médicaments coûteux ou rares. Les médecins spécialistes et des pharmaciens seraient placés devant un dilemme : priver leurs patients de PSP qui permettent l'accès à des thérapies prometteuses ou risquer la menace de sanctions disciplinaires.
2. Si la décision est infirmée : on reviendrait à une approche plus nuancée, où l'article 77(4) sanctionne seulement les situations où le choix réel du patient est nié ou manipulé. Cela permettrait de rétablir une certaine prévisibilité et de baliser légalement les PSP plutôt que de les interdire de facto.

Dans l'attente de ce jugement, le droit demeure dans une zone de flou.

Des panélistes et participants ont soulevé les questionnements suivants dans le contexte actuel: comment un pharmacien et, surtout le médecin prescripteur peut-il savoir à quoi s'en tenir, si la ligne bouge ainsi d'une décision à l'autre? Le médecin prescripteur pourrait-il craindre de référer son patient à un programme de PSP? Le pharmacien pourrait-il refuser de participer à un programme de PSP? Quel est le réel intérêt du patient? La suppression de tels programmes, en l'absence d'accès aux médicaments, est-elle dans son intérêt?



Bien que des participants maintiennent la ligne dure, **il ressort du Sommet que plusieurs sont d'avis que le Conseil de discipline** pourrait, à l'heure actuelle, s'éloigner de l'objectif même du Code de déontologie des pharmaciens, qui est celui de veiller au meilleur intérêt du patient en adoptant une interprétation stricte des dispositions du Code de déontologie du pharmacien.

« Dans ce cas-là, pourrait-on considérer les patients partenaires comme des intermédiaires, et qu'on ne pourrait plus, en tant que patient-partenaire, référer les autres à des pharmacies particulières ? »

**Premier constat spécifique** : l'orientation du patient peut être justifiée si elle est dans son intérêt, tant qu'il conserve la liberté de choisir son pharmacien.

**Pistes de solution** : favoriser l'intervention législative pour préciser dans quelle mesure l'orientation du patient est dans son intérêt et déontologiquement pertinente.



# DEUXIÈME CONSTAT SPÉCIFIQUE

## L'INTERDICTION DE PUBLICITÉ LIMITE L'ACCÈS DU PATIENT À L'INFORMATION

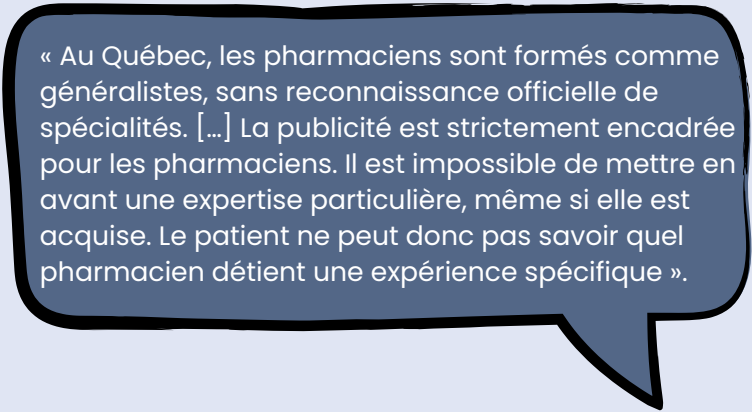
### Interdiction de publicité

Au Québec, le Code de déontologie des pharmaciens interdit aux professionnels toute publicité à caractère incitatif ou comparatif (articles 98 et 99)[20].

**Art. 98 :** « La publicité faite par le pharmacien ou en son nom ne doit pas promouvoir la consommation de médicaments; contrevient notamment à cette obligation toute annonce d'un rabais, d'une ristourne, d'un cadeau, d'un timbre prime, d'un boni ou de tout autre avantage de même nature applicable à l'achat d'un médicament. »[21].

**Art. 99 :** « La publicité faite par le pharmacien ou en son nom ne doit pas comparer la qualité de ses services pharmaceutiques à ceux d'un autre pharmacien, ou discréditer ou dénigrer l'image ou les services pharmaceutiques rendus par un autre pharmacien.»[22].

L'interdiction de publicité, conçue à l'origine pour protéger le public et éviter les conflits d'intérêts commerciaux, a pour effet collatéral de rendre invisibles les différentes expertises entre pharmaciens. En pratique, mis à part la vaccination via la prise de rendez-vous, un patient ne dispose d'aucun moyen facile de connaître les services cliniques particuliers offerts dans les différentes pharmacies du Québec ou encore, d'être informé des expertises spécifiques des pharmaciens, peu importe leur milieu de pratique.



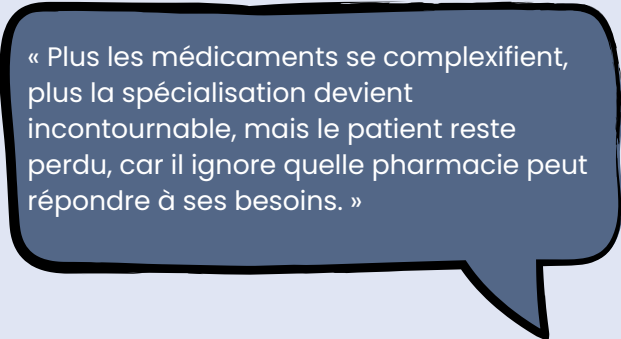
« Au Québec, les pharmaciens sont formés comme généralistes, sans reconnaissance officielle de spécialités. [...] La publicité est strictement encadrée pour les pharmaciens. Il est impossible de mettre en avant une expertise particulière, même si elle est acquise. Le patient ne peut donc pas savoir quel pharmacien détient une expérience spécifique ».

Faute d'information transparente sur « qui fait quoi », le choix du patient se fait souvent à tâtons, par essai-erreur ou par habitude géographique, plutôt qu'en fonction d'une véritable adéquation entre l'expertise du pharmacien et les besoins particuliers du malade.

[20] Code de déontologie des pharmaciens, *supra* note 4.

[21] *Ibid*, art 98.

[22] *Ibid*, art 99.



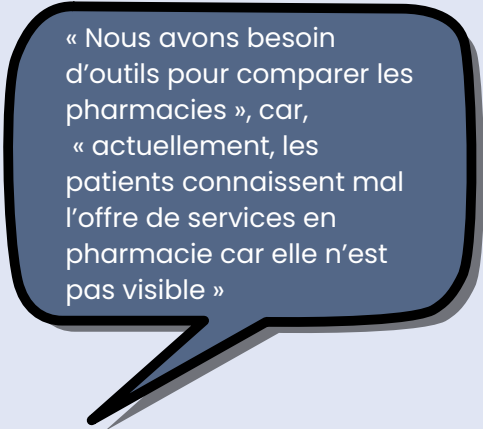
« Plus les médicaments se complexifient, plus la spécialisation devient incontournable, mais le patient reste perdu, car il ignore quelle pharmacie peut répondre à ses besoins. »

Plusieurs patients ignorent même qu'ils pourraient faire transférer leur dossier ailleurs s'ils n'obtiennent pas le service attendu. En somme, « les patients ne savent pas ce qu'ils ne savent pas », et ce manque de transparence remet en cause le caractère libre et éclairé de leur consentement aux soins pharmaceutiques.

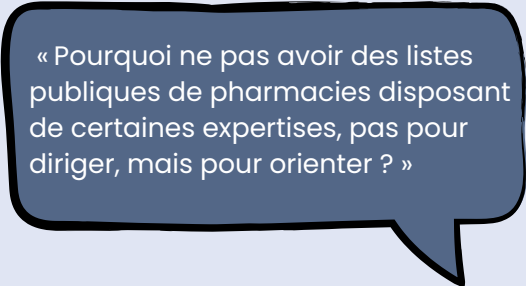


« Si le pharmacien ne peut pas faire de publicité, comment le patient va choisir ? »

Face à ce constat, le Sommet a exploré différentes pistes de solution. Une première série de propositions vise à accroître la transparence de l'offre tout en demeurant dans un cadre neutre et objectif. Des participants ont suggéré de créer un « registre public d'accréditation ». Ce registre indiquerait, pour chaque pharmacie ou pharmacien, quels compétences particulières ou services cliniques sont offerts, et dans quelles conditions. Cet outil, géré par une instance neutre, permettrait de contourner l'interdiction de publicité individuelle tout en donnant au public une information fiable et comparative.



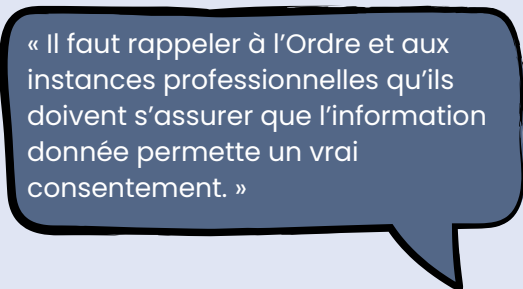
« Nous avons besoin d'outils pour comparer les pharmacies », car, « actuellement, les patients connaissent mal l'offre de services en pharmacie car elle n'est pas visible »



« Pourquoi ne pas avoir des listes publiques de pharmacies disposant de certaines expertises, pas pour diriger, mais pour orienter ? »

En parallèle, l'idée d'autoriser une forme de publicité informative encadrée a émergé : il s'agirait de permettre aux pharmaciens de communiquer sur leurs services et expertises de manière factuelle, sans tomber dans la promotion commerciale ni la comparaison qualitative.

Plusieurs intervenants estiment que l'Ordre devrait évoluer d'une posture purement disciplinaire vers une posture encore plus proactive d'accompagnement du public. Certains appellent l'institution à participer à la mise en place d'outils d'information. Cette reconnaissance formelle irait de pair avec une modification du Code de déontologie des pharmaciens, pour lever partiellement « l'interdiction » publicitaire dans le cas d'une publicité informative vérifiée par l'Ordre (ce qui pourrait ne pas être requis si un registre était toutefois créé).

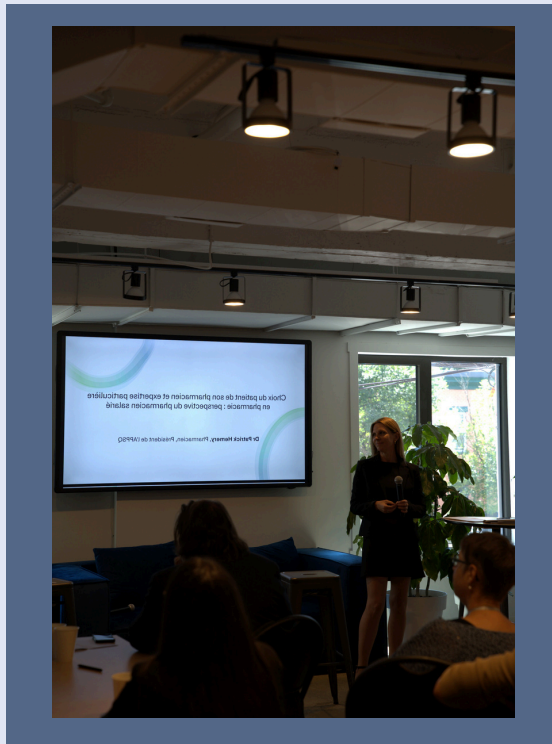


« Il faut rappeler à l'Ordre et aux instances professionnelles qu'ils doivent s'assurer que l'information donnée permette un vrai consentement. »

Une deuxième série de propositions concerne l'éducation et la responsabilisation du patient lui-même. Il a donc été suggéré de mener des campagnes de sensibilisation grand public sur le rôle du pharmacien et les différents types de services disponibles en pharmacie. Par exemple, informer la population qu'il existe des pharmacies offrant un accompagnement plus poussé pour certaines maladies (VIH, cancer, maladies rares, etc.), et que le patient a le droit de choisir d'y faire affaire.

De même, l'Ordre, les associations de patients et les autorités de santé pourraient collaborer à la création de guides pratiques ou de plateformes web qui indiquent les types de pharmacies et les options offertes aux patients. L'éducation ici vise à outiller le patient pour qu'il ose poser des questions, comparer, et prendre des décisions éclairées.

Corollairement, cela implique de reconnaître l'importance d'accompagner le patient. L'accompagnement pourrait venir de patients-partenaires jouant un rôle de coach ou de « Patient Partner Navigators » (PPN), un concept mentionné lors du Sommet. Ces patients-formateurs aideraient leurs pairs à s'orienter vers des pharmacies avec des expertises particulières selon leur condition (ceci ne pourrait toutefois être possible que dans la mesure où l'orientation du patient est ici perçue comme étant dans son intérêt et non contraire au Code de déontologie des pharmaciens).



Enfin, le Sommet a abordé la question des outils numériques comme leviers facilitant l'accès à l'information. Le Dossier Santé Québec (DSQ) a été cité à plusieurs reprises comme un outil devant être optimisé. Le DSQ actuel ne permet pas aux pharmaciens communautaires de partager leurs notes ou de consulter celles des autres. Un DSQ plus performant pourrait, par exemple, indiquer les services offerts par chaque pharmacie ou signaler aux professionnels les ressources spécialisées disponibles, de sorte que même le médecin ou l'infirmière puisse orienter le patient informatiquement. Certains participants ont d'ailleurs insisté sur l'importance de former les pharmaciens aux technologies numériques pour améliorer la communication et l'expérience patient.

De plus, on a évoqué la possibilité de plateformes en ligne ou d'applications mobiles grand public listant les pharmacies et leurs expertises. Ce pourrait être un « canal officiel » où chaque pharmacie, dans un format standardisé validé par l'Ordre, affiche ses services particuliers, sans slogans ni comparaison directe.

En attendant la mise en place d'une solution d'envergure, certaines approches plus simples ont été suggérées : par exemple, que le pharmacien lui-même, lors d'une consultation, mentionne ses limites et oriente le patient vers une ressource adéquate si nécessaire.

Soulignons que les échanges du Sommet ont mis en scène une diversité de points de vue, en grande partie déterminés par le rôle de chacun face à la problématique de la publicité des expertises.

## **1) La perspective des patients**

Les patients et représentants de patients veulent être mieux informés et davantage écoutés quant à ce qui représente leur intérêt, à leurs yeux et non aux yeux du pharmacien.

Ils reconnaissent toutefois que tous les patients n'ont pas la même capacité ni le même intérêt à comparer : en situation de grande vulnérabilité ou d'urgence, beaucoup suivront le chemin qui leur est présenté faute de mieux. C'est pourquoi les patients plaident à la fois pour davantage d'information et pour plus d'accompagnement lorsque nécessaire.

## **2) Perspective des pharmacies communautaires et de spécialités**

Du côté des pharmaciens, le discours est plus partagé. Officiellement, un pharmacien communautaire se doit de respecter strictement son Code de déontologie et d'adopter une attitude uniforme de praticien généraliste. Plusieurs ont souligné que la publicité comparative comporte un risque de course à la clientèle préjudiciable à la dignité professionnelle.

Toutefois, beaucoup reconnaissent que la pratique a évolué et que le modèle du pharmacien « bon en tout » atteint ses limites. Les pharmaciens communautaires conviennent qu'il faut faire connaître les expertises qui existent parmi eux.

Les pharmacies de médicaments de spécialité, pour leur part, estiment que leurs services particuliers répondent à des besoins réels et qu'il serait judicieux de les communiquer ouvertement.

Enfin, un consensus émerge sur la nécessité d'un encadrement officiel des « expertises ». Plutôt que de laisser chaque bannière ou entreprise promouvoir ses « avantages maison », un processus impartial de reconnaissance des expertises a été proposé.

### 3) Perspectives juridiques et systémiques

Selon Me Martin-Ménard, une publicité encadrée pourrait combler un manque : informer le patient sur l'existence de pharmacies avec expertise(s) particulière(s), c'est lui permettre de consentir en toute connaissance de cause. Toutefois, il appelle à la vigilance de l'Ordre pour que l'information serve avant tout l'intérêt du patient et non pas à des intérêts qui pourraient être de nature commerciale.

### 4) Perspective des institutions (Ordres, associations professionnelles)

L'intention première de l'interdiction absolue des publicités n'est pas d'empêcher le patient de savoir, mais de le protéger contre des pratiques marketing agressives ou trompeuses.

**Deuxième constat spécifique :** l'interdiction de publicité limite l'accès du patient à l'information.

**Pistes de solution :** autoriser la transmission de l'information non commerciale relative à ou aux « expertise.s » de pharmaciens communautaires, favoriser la reconnaissance de cette expertise par un organisme indépendant et favoriser la transmission de l'information au patient.

# TROISIÈME CONSTAT SPÉCIFIQUE

## L'OPACITÉ DES PROGRAMMES DE SOUTIEN AUX PATIENTS EST PROBLÉMATIQUE

### Programmes de soutien aux patients (PSP)

Dans le contexte d'un accès limité aux médicaments, les PSP offrent aux patients un accès facilité, mais variable, à certains médicaments coûteux ou non encore pleinement remboursés par un tiers payeur.

Cependant, les informations relatives à leur origine, à leur financement et aux pharmacies affiliées, le cas échéant, sont souvent méconnues du professionnel de la santé et du patient, ce qui soulève des enjeux éthiques notamment.

Un constat clair s'est dégagé du Sommet: la transparence des PSP doit être renforcée, en particulier lorsque leur existence même découle de contraintes réglementaires ou d'ententes confidentielles sur les prix, conclues entre un fabricant et le gouvernement du Québec.

Il ressort des interventions que les PSP poursuivent divers objectifs concrets : 1) faciliter l'accès aux médicaments en raison des longs délais associés à leur remboursement au Québec, 2) prendre en charge les démarches administratives (formulaires d'assurance, demandes de remboursement) pour le patient et 3) assurer un suivi logistique ou infirmier (coordination des perfusions, livraison à domicile, etc.).

Si l'on pouvait penser qu'il s'agit là de démarches volontaires de la part des compagnies pharmaceutiques, certains PSP sont en réalité exigés par des obligations externes. En effet, des PSP peuvent découler directement des exigences réglementaires. Par exemple, Santé Canada peut conditionner l'approbation d'un médicament à la mise en place d'un plan de gestion de risque, ce qui mène parfois la création d'un programme de soutien au patient.

« Il arrive que Santé Canada approuve un médicament à condition que des mesures de suivi soient mises en place, incluant un programme de soutien au patient qui permet le suivi de la tolérance ou de l'observance. Ce n'est pas optionnel pour l'entreprise. »

En réaction à cette information méconnue des participants au Sommet, **la nécessité d'accroître la transparence des PSP a été soulignée** : lorsqu'un PSP découle d'une exigence réglementaire, le patient devrait en être informé. Un autre facteur nécessitant une transparence plus importante concerne les ententes confidentielles sur le prix des médicaments conclues entre fabricants et autorités publiques. Au Canada, après l'approbation fédérale permettant la mise en marché d'un médicament, s'engage une négociation de prix avant l'inscription au formulaire provincial. Ces négociations mènent à des ententes confidentielles avec les provinces (*product listing agreements*). Certaines de ces ententes peuvent comporter des clauses relatives à la mise en place ou au maintien d'un PSP. Ces informations ne sont pas connues.

L'opacité de ces éléments a été critiquée lors du Sommet. Le patient a l'impression que le fabricant lui rend service en lui offrant un soutien, alors qu'en réalité, le fabricant y est obligé pour obtenir un prix ou une inscription avantageuse auprès des payeurs publics.

Enfin, **le manque de transparence** des partenariats entre les PSP avec des pharmacies de médicaments spécialisées a été soulevé. Cette collaboration est principalement justifiée par l'expertise de ces pharmacies dans la gestion de médicaments complexes : meilleure connaissance du médicament, un accompagnement étroit, une livraison rapide et un service personnalisé, ce qui réduirait la responsabilité du fabricant. Nous soulignons que cette expertise n'a pas fait l'unanimité au sein des participants et des inquiétudes ont été soulevées quant aux risques de fragmentation des soins : certains patients naviguent entre plusieurs pharmacies (communautaire et de spécialité). Cela peut conduire à des doubles dossiers, ou à une circulation incomplète d'information.

Selon certains, cela peut compliquer la coordination des soins et peut nuire à l'efficacité et à la sécurité (risque de duplications, d'interactions non détectées, etc.).

D'un autre côté, des patients ont fait ressortir que la fragmentation des soins était théorique du fait que tout pharmacien a accès au dossier médical du patient et qu'il revient au patient de choisir la pharmacie qui offre un service qui correspond aux besoins qui lui sont propres.



Bien que les avis divergent quant au rôle et la pertinence des pharmacies de spécialité, **un consensus se dégage sur la nécessité d'une plus grande transparence des PSP**, notamment sur :

- La clarification de l'affiliation possible entre les pharmacies désignées et les PSP.
- La raison d'être de cette affiliation (ex : seules pharmacies avec une expertise ou un service particulier).
- Le mécanisme permettant à toute pharmacie de s'associer au PSP : par exemple, via l'instauration d'un processus d'accréditation.

Dans tous les cas, les participants ont insisté sur l'importance de respecter le choix du patient de sa pharmacie. Ceci implique toutefois qu'il connaisse les différents services et expertises de l'une ou l'autre de la pharmacie et qu'il puisse donc faire un choix libre et éclairé.

**Troisième constat spécifique** : opacité des programmes de soutien aux patients (PSP)

**Pistes de solution** : réguler la divulgation des informations relatives aux PSP.

# QUATRIÈME CONSTAT SPÉCIFIQUE

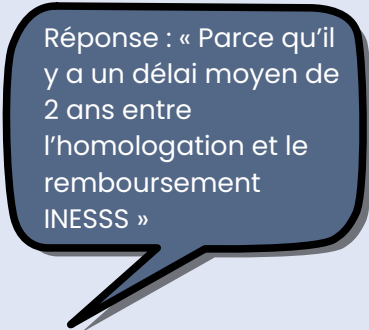
## L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS EST PROBLÉMATIQUE ET FORCE LES PROGRAMMES DE SOUTIEN AUX PATIENTS

Au Canada, entre le moment où Santé Canada approuve un nouveau médicament et celui où le régime public (p. ex. la RAMQ au Québec) inscrit sur la liste des médicaments remboursables, il peut s'écouler des années.

Il ressort du Sommet que les PSP, bien que particulièrement imparfaits et critiqués, offrent un accès transitoire aux patients qui, sinon, devraient attendre pour avoir accès à leur(s) médicament(s). Autrement dit, sans ces longs délais, l'utilité même des PSP serait fortement réduite.



« Pourquoi les PSP existent-ils ? »



Réponse : « Parce qu'il y a un délai moyen de 2 ans entre l'homologation et le remboursement INESSS »

De nombreux témoignages ont illustré le caractère ambivalent des PSP. D'un côté, certains patients sont soulagés de voir le programme prendre en charge les appels d'assurance, les formulaires et les démarches administratives fastidieuses. En effet, en ce qui concerne les médicaments de spécialité, les PSP vont jusqu'à prendre en charge les démarches de remboursement et les quotes-parts pour éviter que le patient n'ait à avancer des frais. Cet accompagnement « clé en main » a pour effet de décharger le patient et le réseau régulier d'une partie du fardeau administratif et financier.



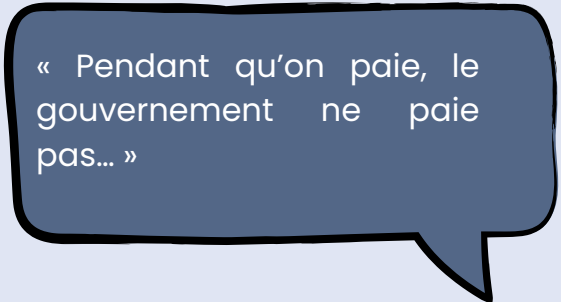
« Le PSP fait tout à ma place »



« Ils s'occupent des formulaires d'assurance »

D'un autre côté, les participants soulignent un risque de déresponsabilisation du réseau public : à partir du moment où l'industrie pharmaceutique, via les PSP, prend en charge à ses frais des services, le système de santé et les assureurs publics pourraient être tentés de s'appuyer sur cette béquille plutôt que de développer leurs propres solutions.

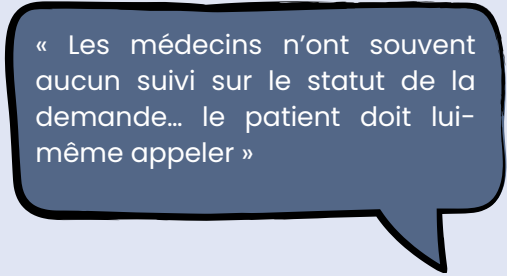
Cela suggère que le système public, inconsciemment ou non, profite de la présence des PSP pour retarder certaines dépenses, ce qui peut réduire l'urgence perçue de raccourcir les délais de remboursement.



« Pendant qu'on paie, le gouvernement ne paie pas... »

Ensuite, le morcellement des parcours via les PSP entraîne une fragmentation des dossiers médicaux et pharmaceutiques. Chaque PSP opère son propre suivi, souvent avec des bases de données séparées, des plateformes distinctes, ce qui fait que l'information sur le patient est perçue comme « éparpillée » par des acteurs.

Un médecin hospitalier a témoigné de la difficulté de savoir quels traitements un patient a pu recevoir via un PSP, faute de communication systématique :

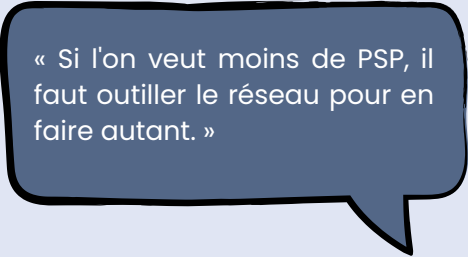


« Les médecins n'ont souvent aucun suivi sur le statut de la demande... le patient doit lui-même appeler »

Enfin, le système actuel génère des iniquités entre les patients en fonction du médicament qu'ils prennent ou du PSP auquel ils ont accès. Plusieurs participants ont souligné que deux patients atteints de maladies différentes peuvent avoir des expériences très divergentes : l'un, pour un médicament associé à un PSP généreux, n'aura aucuns frais et recevra un soutien personnalisé, tandis qu'un autre, dont le médicament n'est pas associé à un PSP, devra possiblement défrayer une partie du traitement et naviguer seul dans les démarches. Cela crée une situation où l'accès rapide et sans frais dépend de la pathologie et du programme associé, ce qui heurte le principe d'équité en santé.

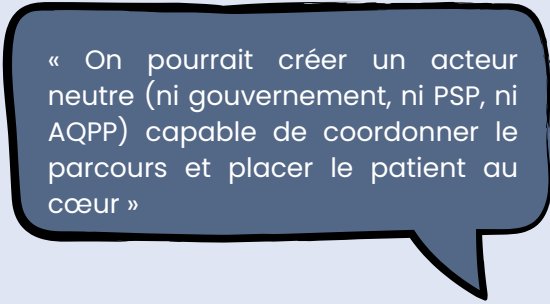
Face à ce constat, les participants au Sommet ont exploré de nombreuses voies d'amélioration du parcours du patient visant à réduire la dépendance aux PSP sans restreindre l'accès aux médicaments.

Cela passe d'abord par la réduction des délais d'évaluation et d'inscription des médicaments au Québec. De l'avis général, si l'on parvient à raccourcir le laps de temps entre l'approbation de Santé Canada et la décision de remboursement provincial, on réduira d'autant le besoin de PSP pour combler l'intervalle.



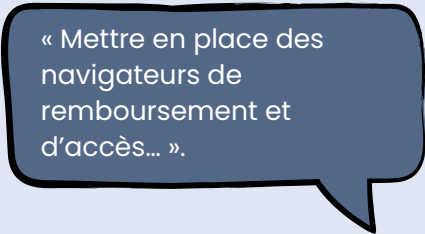
« Si l'on veut moins de PSP, il faut outiller le réseau pour en faire autant. »

**Des suggestions concrètes ont été avancées** : augmenter les ressources de l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services sociaux (INESSS) pour accélérer l'évaluation des dossiers, imposer des échéanciers plus serrés aux négociations portant sur le prix des médicaments ou encore prévoir des mécanismes provisoires de prise en charge publique dès l'autorisation conditionnelle pour certains médicaments prometteurs (par exemple via un programme d'accès spécial temporaire public).



« On pourrait créer un acteur neutre (ni gouvernement, ni PSP, ni AQPP) capable de coordonner le parcours et placer le patient au cœur »

Beaucoup ont aussi insisté sur la nécessité de décharger les patients de la « paperasse », sans passer par l'industrie. Une proposition forte avancée a été celle de rémunérer (ou financer) les actes logistiques requis par du personnel pour que le patient puisse obtenir l'accès aux médicaments non couverts. Par exemple, remplir un formulaire d'exception, faire le suivi d'une demande d'autorisation, ou coordonner avec une assurance privée.



« Mettre en place des navigateurs de remboursement et d'accès... ».

Toutes ces démarches devraient être réalisées par des personnes autres que des patients, souvent en situation de vulnérabilité. Ainsi, les pharmacies communautaires (ou des acteurs tiers) pourraient être incitées à proposer le même accompagnement administratif qu'un PSP, diminuant du même coup l'avantage comparatif de ces derniers.

**Quatrième constat spécifique :** l'accès aux médicaments est problématique et force les programmes de soutien aux patients.

**Pistes de solution :** accélérer le remboursement des médicaments, renforcer le réseau public pour limiter la nécessité de recourir aux PSP et mieux soutenir les patients dans leurs démarches administratives. Lorsqu'un PSP est offert, l'industrie pharmaceutique devrait respecter certaines pratiques de base identifiées par le gouvernement.

# CONCLUSION

Ce Livre blanc met en lumière une conclusion centrale: le parcours pharmaceutique ne permet pas encore aux patients d'exercer pleinement leur droit à un consentement libre et éclairé. Les discussions tenues lors du Sommet ont révélé comment plusieurs failles nuisent à la confiance des patients et minent l'autonomie décisionnelle.

Les partages ont alors dégagé quatre constats spécifiques découlant tous d'un grand constat : le patient manque d'information permettant un consentement libre et éclairé.

Le déploiement des pistes de solutions avancées nécessitera certainement une mobilisation collective pour optimiser le parcours de soins en pharmacie du patient et un dialogue détendu entre les acteurs ceci afin de concilier la protection du public, l'efficacité organisationnelle et l'autonomie des individus.

# ANNEXES





# SOMMET INTERDISCIPLINAIRE

Quels repères pour un  
parcours patient en  
pharmacie ?



Boehringer  
Ingelheim

FASKEN  
Traçons l'avenir



RPMSQ

SANDOZ



# PROGRAMMATION

<p><b>Introduction de la journée et présentation des membres du comité scientifique</b>  <b>Etienne Gosselin</b>, Ryan Affaires publiques</p>	<p><b>8h45 à 9h00</b></p>
<p><b>Survol de l'écosystème en pharmacie au Québec et au Canada et repères du patient</b>  <b>Bertrand Bolduc</b>, Pharmacien, Président de l'ordre des pharmaciens (2014-2023)  <b>Catherine Wilhelmy</b>, Patiente partenaire</p>	<p><b>9h00 à 9h45</b></p>
<p><b>De l'établissement à la pharmacie : les défis (PSP, MNP, numérique)</b>  <b>Jean-Philippe Adam</b>, Pharmacien d'hôpital et chef-adjoint aux soins pharmaceutiques et membre du CA de l'OPQ</p>	<p><b>9h45 à 10h10</b></p>
<p><b>La raison d'être du choix du patient de son professionnel de la santé</b>  <b>Me Paul Brunet</b>, Conseil pour la protection des malades</p>	<p><b>10h10 à 10h30</b></p>
<p><b>Pause santé</b></p>	<p><b>10h30 à 10h45</b></p>
<p><b>Le choix du patient de son médecin versus de son pharmacien : même chose ?</b>  <b>Me Patrick Martin-Ménard</b>, Ménard Martin</p>	<p><b>10h45 à 11h10</b></p>
<p><b>Choix du patient de son pharmacien : développements jurisprudentiels récents</b>  <b>Me Christian Leblanc</b>, Fasken Martineau DuMoulin  <b>Me Jean-Raphaël Champagne</b>, Fasken Martineau DuMoulin</p>	<p><b>11h10 à 11h40</b></p>
<p><b>Choix du patient de son pharmacien et expertise particulière en pharmacie : perspective du pharmacien salarié.</b>  <b>Patrick Hemery</b>, Pharmacien, Président de l'APPSQ</p>	<p><b>11h40 à 12h15</b></p>

# PROGRAMMATION

Pause dîner	12h15 à 13h45
Ouverture et présentation de la 2e partie de la journée <b>Me Mélanie Bourassa Forcier</b> , Professeure titulaire, École nationale d'administration publique	13h45 à 14h
Le consentement et le meilleur intérêt : perspective du patient partenaire. <b>Casandra Poitras</b> , Patiente partenaire	14h à 14h15
Consentement éclairé et meilleur intérêt du patient <u>Table ronde et atelier de travail</u> <b>Animation: Anne-Marie Savard</b> , Professeure titulaire, Faculté de droit, Université Laval et membre du conseil d'administration de Coeliaque Québec <b>Avec: Jean-Simon Fortin</b> , Conseiller cadre en éthique, CISSS de Laval ; <b>Véronique Clément</b> , Directrice générale de Migraine Québec; <b>Sylvie Bouchard</b> , Pharmacienne consultante; <b>Me Patrick Martin-Ménard</b> , Ménard Martin, Avocats ; <b>Marie-Line Brouillette</b> , Conseillère cadre infirmière praticienne spécialisée au CHUM ; <b>Karina Prévost</b> , Patiente partenaire	14h15 15h45
Pause santé	15h45 à 16h00
Si le parcours parcours de soins en pharmacie était à reconstruire, comment on le reconstruirait? <b>Animation: Marie-Ève Bouthillier</b> ; <b>Dr. Jean-Sébastien Claveau</b> , hématologue, Maisonneuve-Rosemont; <b>Sossy Meguerdij</b> , Aqcamo; <b>Eva Villalba</b> , Coalition Priorité Cancer; <b>Frédéric Leblanc</b> , Al assurance ; <b>Georges-Charles Thiebaut</b> , Commissaire adjoint, CSBE.	16h00 à 17h30
Table ronde avec les membres du comité scientifique et conclusion	17h30 à 17h50
Cocktail de réseautage	17h50 à 19h

# VOS CONFÉRENCIERS



## **Bertrand Bolduc** – Président, Ordre des pharmaciens du Québec

Pharmacien depuis 1990, Bertrand Bolduc a connu une carrière dans l'industrie pharmaceutique pendant plus de 20 ans. Il a été président de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) de 2014 à 2023 et est actuellement copropriétaire d'une entreprise spécialisée en préparations magistrales. Il est reconnu par ses pairs comme un leader dans la profession.

## **Catherine Wilhelmy** – Patient(e) partenaire

Catherine Wilhelmy est coordonnatrice du partenariat patient du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Auparavant, elle a notamment été codirectrice/Expériences – communauté québécoise de patient(e)s, proches et citoyen(ne)s partenaires pour l'Unité de soutien SSA – Québec. Patient(e) partenaire dans le système de santé, elle souhaite amener le partenariat patient aussi loin que possible.



## **Paul G. Brunet** – Président-directeur général, Conseil pour la protection des malades



Reçu au Barreau en 1982 et détenteur d'une maîtrise en administration publique, Me Paul G. Brunet est président-directeur général et président du conseil d'administration (Montréal) du Conseil pour la protection des malades. Cet organisme, fondé en 1974 par son défunt frère Claude, a pour mission de défendre les droits des usagers du réseau de la santé.

## **Patrick Martin-Ménard** – Avocat, Ménard Martin

Me Patrick Martin-Ménard est diplômé du Programme de Baccalauréat droit civil/common law (B.C.L./LL. B.) de l'Université McGill et a rejoint l'équipe de Ménard Martin en 2016. Me Martin-Ménard est notamment titulaire d'un Baccalauréat en études internationales de l'Université de Montréal (avec inscription au Palmarès du Doyen pour l'excellence des résultats scolaires) et d'un Masters of international affairs (M.I.A.) de la Columbia University de New York.



## **Christian Leblanc** – Associé, Fasken Martineau DuMoulin



Christian Leblanc est un plaideur émérite possédant une vaste expérience dans les domaines des litiges commerciaux et de la propriété intellectuelle. Il pratique aussi dans le domaine des litiges en sciences de la vie, surtout en ce qui concerne les brevets, et plus précisément les brevets pharmaceutiques ainsi que dans le domaine du droit administratif.

## **Jean-Raphaël Champagne** – Associé, Fasken Martineau DuMoulin

Jean-Raphaël Champagne conseille une grande variété de clients provenant du milieu des technologies et des sciences de la vie sur les enjeux touchant au droit commercial, au droit réglementaire et au droit de la concurrence. Il possède une grande expérience en rédaction et révision d'ententes contractuelles, notamment en ce qui a trait à la recherche et les normes éthiques applicables au secteur pharmaceutique.



## **Patrick Hemery** – Pharmacien, Président, APPSQ



Patrick Hemery, Docteur en Pharmacie, a occupé plusieurs postes durant ses 30 ans de carrière. Il possède plusieurs domaines d'expertises : oncologie, pharmacie clinique et gériatrie, management et gestion des risques, qualité et assurance qualité. Il est président de l'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec (APPSQ) depuis 3 ans.

## **Karina Prévost** – Patient(e) partenaire

Karina Prévost, coleader de la communauté Expériences de l'Unité de soutien SSA Québec, est patient(e) partenaire en recherche, en gouvernance et en formation. Engagée depuis plus de dix ans, elle participe à de nombreux projets visant à intégrer les savoirs expérientiels dans les pratiques et à renforcer la place des patient(e)s et citoyen(ne)s comme partenaires à part entière du système de santé.



# VOS CONFÉRENCIERS



## **Jean-Simon Fortin** – Conseiller cadre en éthique, CISSS de Laval

Jean-Simon Fortin s'intéresse aux enjeux d'allocation de ressources limitées. Impliqué dans des consultations au niveau autant clinique qu'organisationnel, il se spécialise également dans la gestion des situations de conflits d'intérêts, et soutien la DPJe dans le déploiement d'activités de développement de la culture éthique.

## **Véronique Clément** – Directrice générale, Migraine Québec

Véronique Clément est formée en communications, en relations interculturelles et en développement du leadership. Elle évolue dans le milieu des OBNL depuis près de 20 ans. Durant ces années, elle a côtoyé à plusieurs reprises le secteur de la santé, tant au Québec et qu'à l'international, et a aussi occupé pendant 9 ans le poste de directrice générale d'un organisme culturel.



## **Sylvie Bouchard** – Pharmacienne consultante



Sylvie Bouchard a été pharmacienne et gestionnaire de pharmacie d'hôpital. Elle a occupé divers postes de direction au Conseil du médicament. Elle est depuis devenue une retraitée active, voulant partager son expertise en évaluation des technologies de la santé par le biais de consultations.

## **Dr. Jean-Sébastien Claveau** – Hématologue, Maisonneuve-Rosemont

Dr Jean-Sébastien Claveau est un spécialiste en myélome multiple et en gammopathies monoclonales. Il possède également un intérêt pour la biostatistique et la spectrométrie de masse. Ses sujets de recherche portent sur l'épidémiologie et le pronostic des patients avec myélome multiple ou dyscrasie plasmocytaire.



## **Sossy Meguerdij** – Présidente, Aqcamo



Sossy Meguerdij a notamment exercé toutes les fonctions de la pharmacie hospitalière à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle a reçu le prix d'excellence AQATP de l'assistante technique en pharmacie du Québec en 2019 et a fondé l'Association québécoise des coordonnateurs d'accès aux médicaments d'oncologie (AQCAMO) en 2019.

## **Eva Villalba** – Directrice générale, Coalition Priorité Cancer

Cœuvrant dans le monde de la défense des droits et intérêts des patients depuis 2008, Eva Villalba se dévoue à l'amélioration des systèmes de santé. Son expertise en politiques de santé et en gestion des soins de santé, couplée à un MBA et un MSc en Transformation de la Santé, lui permet de mener des initiatives qui placent les patients au centre des systèmes de santé.



## **Frédéric Leblanc** – Leader stratégique Programme de médicaments, AI assurance



Frédéric Leblanc occupe, depuis 2019, un rôle de leader stratégique en programmes de médicaments chez AI Groupe financier. Son expertise le place au cœur des stratégies de gestion des médicaments pour la clientèle d'assurance collective. Il cumule plus de 20 ans d'expérience dans le secteur pharmaceutique.

## **Georges-Charles Thiebaut** – Commissaire adjoint, CSBE

Après son doctorat en santé publique, Georges-Charles Thiebaut a travaillé plusieurs années comme gestionnaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Son mandat au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) est de piloter le porte-folio des projets, et d'améliorer les processus de production scientifique et de gestion de projet.



# VOTRE COMITÉ SCIENTIFIQUE



## **Mélanie Bourassa Forcier** – Présidente du comité scientifique, Professeure titulaire, ÉNAP

Experte en droit et politiques de la santé, Mélanie Bourassa Forcier a agi comme vice-présidente et membre du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, en détachement comme Commissaire à l'éthique et à la réglementation pour le Commissaire à la santé et au bien-être, ainsi que comme membre de la Commission de l'éthique en science et en technologie. Spécialiste de la réglementation pharmaceutique, elle a publié de nombreux livres et articles sur le sujet.

## **Jean-Philippe Adam** – Pharmacien d'hôpital et chef-adjoint aux soins pharmaceutiques

Jean-Philippe Adam, B. Pharm., M. Sc., BCPS, BCOP, est pharmacien en oncologie au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) depuis 2011. Il a été nommé chef adjoint aux soins pharmaceutiques en 2024 et s'implique dans la recherche académique. Il siège au conseil d'administration de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) depuis 2021.



## **Casandra Poitras** – Patient.e partenaire



Plus jeune candidate au palier fédéral de l'histoire du Canada aux élections de 2015 et dotée d'un baccalauréat en sciences politiques, Casandra Poitras est étudiante à la maîtrise à l'École nationale d'administration publique. À travers son cabinet, Conseils Zèbres Politiques, elle cherche aussi à contribuer à la professionnalisation du rôle de patient.e partenaire au Québec.

## **Anne-Marie Savard** – Professeure titulaire, Faculté de droit, Université Laval

Anne-Marie Savard est professeure titulaire à la Faculté de droit de l'Université Laval depuis 2016. Elle y a occupé les fonctions de vice-doyenne aux études et à l'expérience étudiante de 2019 à 2023. Elle a été professeure à l'Université de Sherbrooke de 2009 à 2016. Elle est membre du conseil d'administration de Coeliac Québec.



## **Marie-Line Brouillette** – Conseillère cadre infirmière praticienne spécialisée au CHUM



Marie-Line Brouillette a exercé le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes au CHUM, dans le domaine de la cardiologie. Depuis 2022, elle est conseillère cadre en soins infirmiers – volet IPS. IPS associée à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, elle siège au comité de programme IPS.

## **Marie-Ève Bouthillier** – Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Marie-Ève Bouthillier est professeure agrégée au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheuse régulière au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). Elle co-dirige le Consortium interdisciplinaire de recherche sur l'aide médicale à mourir (CIRAMM).



## **Jean-Paul Bahary** – Professeur titulaire, MD FRCPC MSc, Université de Montréal



Jean-Paul Bahary est professeur titulaire au département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire de l'Université de Montréal et responsable du programme de la neuro-oncologie au CHUM. Il a occupé plusieurs fonctions administratives et a été président de l'association canadienne des radio-oncologues.

## **Jida El Hajjar** – Docteure en biologie moléculaire

Jida El Hajjar est une scientifique et dirigeante reconnue, cumulant plus de 15 ans d'expérience en recherche clinique, soins aux patients et gestion d'organismes à but non lucratif. À la tête de la Fondation du Syndrome Loews-Dietz Canada, elle mène des initiatives nationales pour la sensibilisation, la recherche et l'amélioration des soins. Vice-présidente de CORD, elle défend les communautés atteintes de maladies rares.



# SOMMET INTERDISCIPLINAIRE

🌐 Site web

<https://www.parcourspharma.com>

✉ Contact

[sommet@ryanap.com](mailto:sommet@ryanap.com)

# GUIDE DU SOMMET INTERDISCIPLINAIRE

Quels repères pour un  
parcours patient en  
pharmacie ?

# Survol de l'écosystème en pharmacie au Québec et au Canada et repères du patient

Bertrand Bolduc, Pharmacien, Président de l'ordre des pharmaciens (2014-2023)  
Catherine Wilhelmy, Patientte partenaire

## Vos commentaires et réflexions

---

---

---

---

---

---

---

## De l'établissement à la pharmacie : les défis (PSP, MNP, numérique)

Jean-Philippe Adam, Pharmacien d'hôpital et chef-adjoint aux soins pharmaceutiques et membre du CA de l'OPQ

## Vos commentaires et réflexions

---

---

---

---

---

---

---



# Les fondements du droit de choisir son professionnel de la santé

Me Paul Brunet, Conseil pour la protection des malades

## ***Vos commentaires et réflexions***

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Le choix du patient de son médecin versus de son pharmacien : même réalité ?**

Me Patrick Martin-Ménard, Ménard Martin

## ***Vos commentaires et réflexions***

---

---

---

---

---

---

---

---

## Choix du patient de son pharmacien : développements jurisprudentiels récents

Me Christian Leblanc, Fasken Martineau DuMoulin

Me Jean-Raphaël Champagne, Fasken Martineau DuMoulin

### ***Vos commentaires et réflexions***

---

---

---

---

---

---

---

## Choix du patient de son pharmacien et expertise particulière en pharmacie : perspective du pharmacien salarié

Patrick Hemery, Pharmacien, Président de l'APPSQ

### ***Vos commentaires et réflexions***

---

---

---

---

---

---

---



[illegible]

## Table ronde et atelier de travail

### *Partie 1 : Consentement éclairé et meilleur intérêt du patient*

**Animation: Anne-Marie Savard**, Professeure titulaire, Faculté de droit, Université Laval et membre du conseil d'administration de Coeliaque Québec

**Question 2 : Quelles pistes de solutions auriez-vous à proposer afin de préserver tant l'accès aux innovations thérapeutiques que le consentement libre et éclairé des patients ?**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**Partie 2 : Si le parcours de soins en pharmacie était à reconstruire, comment le reconstruirait-on ?**

**Question 1 : Suite à cette description du parcours par les panélistes, quelles étapes vous semblent incontournables et à quels moments apparaissent les principales difficultés ?**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.



**Table ronde et atelier de travail**  
***Partie 2 : Si le parcours de soins en pharmacie était à reconstruire, comment le reconstruirait-on ?***

**Animation:** Marie-Ève Bouthillier, Éthicienne, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Question 2.a : **Quelles conséquences ces difficultés ont-elles pour les patients dans leur suivi pharmaceutique (retards de traitement, manque de continuité, inégalités) ?**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

**Table ronde et atelier de travail**  
***Partie 2 : Si le parcours de soins en pharmacie était à reconstruire, comment le reconstruirait-on ?***

**Animation:** Marie-Ève Bouthillier, Éthicienne, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Question 2.b : **Comment l'optimiser pour qu'il soit plus fluide, notamment pour les personnes vulnérables ?**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]