

## La maîtrise professionnelle en pharmacie est en danger!

Denis Lebel

On raconte que quelques pharmaciens ont récemment reçu une lettre de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ce n'est pas tous les jours que l'Ordre nous écrit personnellement! Ces pharmaciens exemplaires ont contribué au développement de la profession, à la création de nouveaux secteurs cliniques et à la formation continue de plusieurs d'entre nous. Était-ce une invitation à participer à un comité, un nouveau projet, une nouvelle implication? Pas tout à fait! On leur a poliment demandé de ne plus utiliser le titre de pharmacien clinicien parce que cette appellation est illégale! Figurez-vous que, dans un dépliant de formation continue, étaient inscrits à côté de leur nom les mots « pharmacien clinicien ». Si vous vous demandez où est le problème, laissez-moi vous donner un indice : le mot « clinicien »! Le recours à ce terme laisse croire que ces pharmaciens sont différents, qu'ils se prétendent spécialistes alors que l'Ordre n'a pas reconnu, à ce jour, de spécialistes en pharmacie.

Pourtant, trouvez-moi un autre groupe de professionnels que les pharmaciens qui, chaque année, dirige près de 20 % de sa cohorte de finissants de 1<sup>er</sup> cycle vers un programme de 2<sup>e</sup> cycle qui n'est pas reconnu! Vous comprendrez ici que je parle de la maîtrise en pharmacie d'hôpital ou en pratique pharmaceutique en établissement. Et quand je dis qu'elle n'est pas reconnue, ou pire, qu'elle ne donne rien (tant du point de vue salarial que du point de vue des privilèges de pratique), je ne parle pas de la qualité de l'enseignement, mais des perspectives de pratique. Les programmes québécois de maîtrise professionnelle en pharmacie (qu'on appelle des résidences en hôpital dans le reste du pays) sont parmi les mieux structurés et les mieux encadrés au Canada. La formation théorique et pratique est donnée par des pharmaciens qui ont mis en place la pharmacie clinique puis les soins pharmaceutiques au tournant du récent virage ambulatoire. La formation actuelle implique un programme de 16 mois pendant lequel les résidents effectueront un projet de recherche structuré de calibre international et 12 mois de rotations cliniques auprès de clientèles variées pour offrir des soins pharmaceutiques de haut niveau à partir de notions de pharmacothérapie avancée enseignées dans des cours offerts par les pharmaciens les plus qualifiés du Québec. Les pharmaciens qui terminent ce programme peuvent rapidement s'intégrer aux équipes de soins du milieu qui les accueillera. Pour la qualité de l'enseignement et de la formation offerts, on ne peut qu'applaudir!

Mais quand je dis qu'elle n'est pas reconnue et qu'elle ne donne rien (à son détenteur), je veux parler de reconnaissance. Qu'arrive-t-il le jour où vous êtes

diplômé de ce programme? Rien! Vous êtes déjà pharmacien! C'est le plus haut niveau de reconnaissance professionnelle qu'on peut obtenir! Évidemment, on vous enverra par la poste un diplôme. C'est la façon de faire. Or, vous avez réussi un programme de formation de 2<sup>e</sup> cycle exigeant! On vous a incité à vous y inscrire, en vous vendant les mérites du programme, l'importance que revêt la pratique en établissement pour la société, les bourses du gouvernement! Bon, vous avez terminé. Le manuscrit de votre projet de recherche est accepté pour publication dans l'*American Journal of Health-System Pharmacists*. Votre projet est novateur et considéré en Amérique du Nord comme ayant contribué à faire évoluer la pratique pharmaceutique. Vous rangez dans un coin vos tirés à part et votre affiche avec votre diplôme et vous faites le bilan. J'ai obtenu une bourse de 22 500 \$ CAN assortie du remboursement des frais de scolarité (3 500 \$) et je me suis engagé à travailler deux années à temps complet dans le réseau de la santé! Aviez-vous vraiment fait le calcul? En acceptant cette bourse et en complétant ce programme, vous avez probablement inconsciemment renoncé à plus de 100 000 \$, soit les revenus perdus durant les 16 mois de formation. Je vous mets au défi de trouver un programme de formation professionnelle de 2<sup>e</sup> cycle qui coûte 100 000 \$ à son détenteur et qui n'est pas reconnu ou qui ne donne rien!

Nous sommes sans doute très convaincants, nous qui travaillons en établissement de santé car, malgré tout, nous réussissons à persuader une quarantaine de candidats à Québec et à Montréal. Évidemment, on présente le bon côté des choses, on favorise les contacts avec des pharmaciens cliniciens qui aiment l'enseignement (non rémunéré) et qui mettent en application les concepts de pharmacothérapie avancée dans des secteurs cliniques diversifiés. Le problème, dans cette équation, c'est que nous devrions former 70 candidats par année pendant 10 ans afin de combler la pénurie actuelle dans les établissements de santé. En en formant 40, je comprends, sans être futurologue, qu'on aura de sérieux problèmes.

Pendant ce temps, les autres professionnels n'hésitent pas à reconnaître la formation de leurs collègues. Les médecins, les dentistes, les vétérinaires, les biochimistes reconnaissent depuis belle lurette des spécialistes dans leurs rangs. Les infirmières viennent en plusieurs « versions » selon la formation reçue. On a des infirmières auxiliaires, des infirmières, des infirmières bachelières et bientôt des infirmières praticiennes spécialisées (les *nurses practioners* qu'on retrouve ailleurs au Canada et aux États-Unis depuis longtemps). Certaines d'entre elles se qualifient sans honte

**Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde :** Il faut individualiser la posologie d'ALTACE (ramipril). Au moment de commencer le traitement, il faut tenir compte des médicaments que prend déjà le patient et de sa tension artérielle avant le traitement. On doit entreprendre le traitement sous étroite surveillance médicale, généralement en milieu hospitalier, de 3 à 10 jours après un infarctus aigu du myocarde, si le patient est stable sur le plan hémodynamique et qu'il présente des signes cliniques d'insuffisance cardiaque. On recommande de commencer le traitement par une posologie de 2,5 mg d'ALTACE, 2 fois par jour, soit une prise le matin et une le soir. Si le patient tolère bien cette posologie, on peut l'augmenter en la doublant tous les 1 à 3 jours, selon la réaction du patient. La dose quotidienne maximale d'ALTACE ne devrait pas dépasser 5 mg, 2 fois par jour. Après avoir administré la première dose d'ALTACE, on doit surveiller le patient pendant au moins deux heures et ensuite jusqu'à ce que la tension artérielle soit demeurée stable pendant au moins une heure. Si cette posologie entraîne de l'hypotension chez le patient, on recommande de diminuer la dose à 1,25 mg, 2 fois par jour, lorsque l'hypotension aura été traitée adéquatement (voir la section MISES EN GARDE – Hypotension). Les patients qui ont connu un déficit sodique ou hydrique et ceux qui ont reçu des diurétiques présentent un risque accru d'hypotension (voir la section MISES EN GARDE – Hypotension). On peut observer une chute excessive de la tension artérielle, surtout dans les cas suivants : après l'administration de la première dose d'ALTACE lors de chaque ajustement posologique, après chaque première augmentation de la dose d'ALTACE, après l'administration de la première dose d'un traitement concomitant avec un diurétique ou après avoir augmenté la dose d'un diurétique administré en association. Si la situation le permet, la dose de tout traitement concomitant avec un diurétique devrait être réduite, ce qui peut diminuer le risque d'hypotension (voir la section PRÉCAUTIONS – Interactions médicamenteuses). Chez ces patients, il faut envisager la diminution de la dose de départ jusqu'à 1,25 mg d'ALTACE.

**Utilisation en présence d'une dysfonction rénale :** Chez les patients présentant une altération de la fonction rénale (clairance de la créatinine entre 20 et 50 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> de surface corporelle), on recommande généralement de commencer le traitement par une posologie de 1,25 mg d'ALTACE, une fois par jour. On peut augmenter cette dose avec prudence jusqu'à 1,25 mg d'ALTACE, 2 fois par jour, selon la réaction du patient sur le plan clinique et sa tolérance. Les données dont on dispose sur l'utilisation du ramipril à la suite d'un infarctus aigu du myocarde chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et une insuffisance rénale grave sont insuffisantes (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique et métabolisme, et PRÉCAUTIONS – En présence d'une dysfonction rénale).

**Utilisation en présence d'une dysfonction hépatique :** Les données dont on dispose sur l'utilisation du ramipril à la suite d'un infarctus aigu du myocarde chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et une dysfonction hépatique sont insuffisantes. Il faut donc réduire la dose et exercer une étroite surveillance de ces patients (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique et métabolisme, et PRÉCAUTIONS – En présence d'une dysfonction hépatique).

**Prise en charge des patients présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires :** La dose initiale recommandée est de 2,5 mg d'ALTACE, 1 fois par jour. Cette dose doit être augmentée graduellement, selon la tolérabilité. Il est recommandé de doubler la dose après 1 semaine de traitement, puis de la faire passer à 10 mg après 3 autres semaines de traitement. La dose d'entretien habituelle est de 10 mg par jour (voir les sections ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS). Pour les groupes présentant un risque particulier, comme les patients atteints d'une dysfonction rénale ou hépatique, ou présentant un risque accru d'hypotension (patients avec un déficit hydrique ou sodique, patients traités par un diurétique), suivre les recommandations posologiques données précédemment (voir les sections MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS).

#### FORME POSOLOGIQUE

##### a) Composition

Les capsules d'ALTACE (ramipril) dosées à 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg contiennent respectivement 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg de ramipril, l'ingrédient actif. Composition qualitative des capsules d'ALTACE, quelle que soit leur teneur en principe actif : ramipril, amidon pré-gélatinisé (comme diluant, lubrifiant et agent désintégrant) et enveloppes de gélatine vides. Pour toutes les teneurs d'ALTACE, les enveloppes de gélatine vides sont composées de gélatine, mais les colorants sont spécifiques à chaque teneur (voir ci-dessous).

TENEUR EN PRINCIPE ACTIF	COUVERCLE DE LA CAPSULE	FOND DE LA CAPSULE
1,25 mg	Oxyde de fer jaune Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
2,5 mg	Oxyde de fer jaune AD&C rouge n° 3 Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
5,0 mg	AD&C bleu n° 2 AD&C rouge n° 3 Dioxyde de titane	Dioxyde de titane
10,0 mg	AD&C bleu n° 2 AD&C rouge n° 3 Oxyde de fer noir Dioxyde de titane	Dioxyde de titane

##### b) Recommandations concernant la stabilité et la conservation du produit

Conserver ALTACE (ramipril) dans son contenant d'origine, à une température ambiante inférieure à 25 °C, et pas au-delà de la date de péremption indiquée sur le contenant. **PRÉSENTATION :** ALTACE (ramipril) est offert en capsules de gélatine dure de calibre n° 4 : 1,25 mg (fond blanc opaque et jaune), 2,5 mg (fond blanc opaque et orange), 5,0 mg (fond blanc opaque et rouge), 10,0 mg (fond blanc opaque et bleu). Les capsules ALTACE de 1,25 mg, 2,5 mg, 5,0 mg et 10,0 mg sont conditionnées en boîtes de 30 capsules (2 plaquettes alvéolées de 15 capsules chacune), Flacons de 100 capsules et de 500 capsules également disponibles.

Monographie du produit disponible sur demande.

**Références :** 1. Monographie d'ALTACE. 2. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators (HOPE) Trial. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342(3):145-53.

© Marque déposée du groupe Aventis, utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.



d'infirmières cliniciennes! Du côté médical, la spécialisation est une histoire de près d'un siècle. En commençant par la médecine interne et la chirurgie, les ordres professionnels ont convenu de la nécessité de reconnaître la formation et la compétence de médecins spécialistes, pour mieux répondre aux besoins de la société. J'imagine mal quelqu'un entreprendre des études de deux, trois ou cinq années additionnelles sans reconnaissance.

Et qu'en est-il en pharmacie? Depuis 1963, on a décerné des certificats et des diplômes en pharmacie d'hôpital puis finalement des maîtrises professionnelles de 2<sup>e</sup> cycle en pharmacie d'hôpital (devenues M.Sc. en 1992) à près de 1 000 pharmaciens. Il me semble que cette formation de 2<sup>e</sup> cycle a largement contribué au développement de la pratique pharmaceutique spécialisée, principalement en établissement de santé et, plus récemment, en milieu communautaire. Cette formation spécialisée a permis et permet encore d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés en plus d'approfondir la démarche de soins pharmaceutiques et d'appliquer des notions de pharmacothérapie avancées. Cette formation a permis et permet encore de mieux traiter les cas complexes, a permis et permet encore de développer la pratique et d'offrir des modèles, a permis et permet encore de réaliser des centaines de projets de résidence dont plusieurs ont été reconnus à l'échelle canadienne.

Mais pourquoi a-t-on attendu 40 ans avant de reconnaître une formation qui fait du pharmacien un spécialiste? Pourquoi a-t-on oublié, dans les années 1990, alors que les soins pharmaceutiques s'imposaient comme une norme de pratique et que le nombre de médicaments disponibles augmentait de façon alarmante, de reconnaître cette formation et la pratique qu'elle permet? On parle beaucoup de spécialisation ces temps-ci. Chacun a son idée là-dessus! La revue de Bussièrès et Parent, dont la première partie est publiée dans le présent numéro<sup>1</sup>, est une lecture importante pour se faire une opinion éclairée sur le sujet. On est tenté de revendiquer la spécialisation en pensant d'abord à sa pratique et sans forcément comprendre les enjeux politiques, légaux, ou de société. Cette revue résume bien le processus d'émission de certificats de spécialistes au Québec. Heureusement, n'est pas spécialiste qui veut. On y comprend mieux le processus rigoureux de reconnaissance, reposant notamment sur une masse critique de professionnels qui exercent dans une discipline. Faut-il reconnaître une ou plusieurs spécialités? En sus de la formation universitaire, peut-on recourir à des organismes américains pour se certifier? L'Ordre des pharmaciens a-t-il le droit de reconnaître la certification de pharmaciens détenteurs d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle? Le passage éventuel au doctorat en pharmacie professionnel est-il compatible avec la spécialisation? Quelles doivent être les modalités de reconnaissance pour les équivalences de pratique, les détenteurs de diplômes ou de certificats? L'Ordre des pharmaciens a formé en 2003 un comité sur les spécialités en pharmacie. Pas besoin de vous répéter que les attentes sont grandes du côté des détenteurs de la formation de 2<sup>e</sup> cycle. Si la société a vraiment besoin que des pharmaciens investissent 100 000 \$ pour compléter une formation de 2<sup>e</sup> cycle (et je me suis retenu de ne pas mentionner que le salaire attendu en pratique privée dépasse désormais le salaire en établissement), il est pressant de la reconnaître. L'A.P.E.S. doit demeurer très proactive dans ce dossier et encourager plus que jamais une reconnaissance équitable des pharmaciens d'établissement (pour la plupart détenteurs d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle) leur permettant de rejoindre les rangs des médecins, des dentistes, des vétérinaires, des chimistes professionnels et des infirmières. Le congrès de l'A.P.E.S. d'avril 2004 portera d'ailleurs sur ce sujet. Ainsi pourrions-nous, sans crainte de raillerie ou de représailles, s'afficher comme pharmacien clinicien spécialiste! Et on pourra croire que la formation de maîtrise en pratique pharmaceutique sera moins en danger!

## Références

Bussièrès JF, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec. *Pharmactuel* 2004; 37 (1); 39-50.