

## Histoire de la spécialisation en santé et en pharmacie - 2<sup>e</sup> partie

Jean-François Bussières, Marc Parent

### Résumé

Une bonne connaissance du contexte, du rôle des ordres professionnels et de l'organisation professionnelle au Québec nous permet d'orienter notre réflexion sur la pertinence de créer des certificats de spécialistes en pharmacie, comme nous en avons discuté dans la première partie de notre article. La présente partie discute de la formation de base et de la formation complémentaire préalable à la spécialisation au Canada, de l'opportunité de reconnaître la spécialisation en pharmacie, des processus de certification externe en santé et de modèles de spécialisation en pharmacie.

### De la formation de base à la spécialisation

Au Québec, la délivrance de certificats de spécialistes dans le domaine de la santé est une réalité vécue par quatre ordres professionnels, soit le Collège des médecins, l'Ordre des dentistes, l'Ordre des médecins vétérinaires et l'Ordre des chimistes professionnels. L'Ordre des infirmières et infirmiers étudie actuellement la reconnaissance de spécialistes. Le cadre réglementaire concernant les critères de reconnaissance de spécialités adopté par un ordre professionnel repose sur l'obtention d'une formation de base, généralement un doctorat professionnel, et la complétion du processus de certification externe. Bien que chaque ordre professionnel ait mandaté un comité ou une structure de sa permanence pour évaluer les demandes et émettre les certificats de spécialistes, l'ordre identifie un organisme externe indépendant capable d'évaluer et d'agréer les programmes de formation postdoctorale (c'est-à-dire le système de résidences spécialisées) et pouvant évaluer les connaissances théoriques et pratiques des candidats. Rappelons qu'un processus d'agrément vise à reconnaître une organisation ou un programme, alors qu'un processus de certification vise à reconnaître un individu. Dans la terminologie utilisée, on parle de certificat de spécialistes (*certificate of specialty*) et de certificat de compétences additionnelles dans une surspécialité (*certificate of added qualifications in a subspecialty*).

### De l'opportunité de reconnaître la spécialisation en pharmacie

En réponse à la recommandation de la majorité des pharmaciens présents aux États généraux sur la pharmacie de mai 2002 de reconnaître des spécialités en pharmacie, le Bureau de l'Ordre des pharmaciens du

Québec (OPQ) a nommé un comité des spécialités en pharmacie en lui donnant le mandat d'analyser et d'émettre des recommandations concernant l'opportunité de créer des spécialités en pharmacie<sup>1</sup>. Dans cet esprit, nous avons revu, dans la documentation nationale et internationale, les arguments pour et contre la spécialisation en pharmacie.

### Pour assurer la protection du public

En vertu du *Code des professions*, chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public et doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres (art. 23.). La reconnaissance de pharmaciens spécialistes par l'OPQ permet au public d'identifier plus clairement les professionnels habilités à prodiguer des soins de nature plus complexe, de statuer sur la formation requise pour un certificat de spécialiste, d'assurer une évaluation des connaissances et des compétences par l'identification d'un processus d'examen valide et de déterminer le niveau de formation continue et d'évaluation requis pour la re-certification, le cas échéant, afin d'assurer le maintien des compétences.

### Pour tenir compte tenu l'évolution de la pharmacothérapie

La question de la reconnaissance de la spécialisation en pharmacie se pose parce que la population est vieillissante et utilise de plus en plus de médicaments. Cette utilisation croissante de médicaments complexifie l'application clinique de la pharmacothérapie et potentialise le risque d'interactions médicamenteuses et d'événements indésirables. Plus que jamais, la prestation sécuritaire de soins de santé est une priorité de notre société, comme en témoignent les efforts récents pour juguler les erreurs médicales au Québec. L'importance grandissante de la pratique fondée sur les preuves impose une intégration de ces informations dans les décisions cliniques. Les dépenses de santé et les dépenses de médicaments augmentent plus rapidement que toute autre dépense de santé et interpellent une profession qui maximisera le rendement des dépenses de

*Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, est chef du département de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine et professeur agrégé de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.*

*Marc Parent, B.Pharm., D.P.H., M.Sc., BCSP, est pharmacien au Centre hospitalier universitaire de Québec et professeur de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval.*

médicaments. En somme, la population a besoin de pharmaciens spécialistes pour répondre à des besoins de plus en plus complexes de services et de soins pharmaceutiques.

### ***Pour encadrer la prestation de soins pharmaceutiques complexes***

Selon le *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier* de l'OPQ<sup>2</sup>, « le rôle du pharmacien en centre hospitalier ne peut se concevoir indépendamment des besoins des usagers, des intervenants, de l'établissement lui-même, et enfin de la communauté. » L'OPQ retient quatre niveaux de réalisation d'un programme de soins pharmaceutiques que le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens utilise pour l'évaluation des activités pharmaceutiques dans le cadre de ses visites d'inspection professionnelle. La pratique pharmaceutique en établissement de santé vise très souvent les niveaux plus élevés de soins pharmaceutiques (III ou IV).

### ***Pour reconnaître un programme de perfectionnement en place depuis 40 ans au Québec***

La Faculté de pharmacie de l'Université Laval et celle de l'Université de Montréal offrent depuis plus de 40 ans un programme de formation universitaire de 2<sup>e</sup> cycle (c'est-à-dire diplôme devenu maîtrise en pratique pharmaceutique de 60 crédits à l'Université de Montréal et de 48 crédits à l'Université Laval). Cette formation comporte un trimestre de cours, une année de stages cliniques et un projet de recherche évaluative ou clinique. Offerte aux candidats qui se destinent à la pratique en établissement de santé, elle l'est aussi depuis quelques années aux candidats qui se destinent à la pratique en milieu communautaire. Bien que cette formation de 2<sup>e</sup> cycle ait fait ses preuves quant à la capacité de développer à large échelle et dans plusieurs disciplines des soins pharmaceutiques au Québec et bien qu'elle soit généralement exigée pour travailler en établissement de santé, force est de constater les difficultés de recrutement et de rétention dans ce programme et dans le secteur des établissements de santé. Sur le marché canadien, le programme de maîtrise en pratique pharmaceutique offert au Québec se rapproche du programme non universitaire de résidence en hôpital agréé par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH). En consultant les objectifs de formation des programmes de 2<sup>e</sup> cycle, on constate qu'ils ne visent pas qu'une initiation mais aussi une mise en pratique de connaissances spécialisées.

### ***Pour reconnaître la réalité de la spécialisation pharmaceutique***

Conséquence d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle, la pratique en établissement de santé s'est différenciée au cours des 30 dernières années. Les données du rapport canadien

sur les pharmacies hospitalières 2001-2002 décrivent de façon éloquent la spécialisation en pharmacie<sup>3</sup>. Signe d'une percée significative au chapitre des soins pharmaceutiques, on a observé une augmentation importante du nombre moyen de pharmaciens par établissement, la valeur étant passée de 19 à 33 pharmaciens depuis 1993. L'ensemble des pharmaciens consacrent en moyenne 42 % de leur temps à des activités cliniques, 5 % à des activités d'enseignement, 10 % à des activités diverses (recherche, comités, revues d'utilisation) et 43 % à des activités de délivrance. Alors que le concept des soins pharmaceutiques était mis en place par 30 % des répondants en 1993, il l'est par plus de 66 % en 2000. Les pharmaciens d'établissements, grâce à leur formation et à leurs compétences, ont triplé leur capacité d'interventions auprès des prescripteurs de 1993 à 2000, passant 0,15 à 0,53 intervention pharmaceutique par admission, signe de la valeur ajoutée de leur pratique au système de santé. Soixante-seize pour cent (76 %) des répondants canadiens offrent des services cliniques spécialisés à une moyenne de quatre disciplines dans les clientèles ambulatoires; 89 % en offrent aux clientèles hospitalisées à une moyenne de cinq secteurs. Le lecteur est invité à consulter la synthèse québécoise publiée pour identifier les secteurs spécialisés développés<sup>4</sup>. Les pharmaciens détenteurs d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle ont significativement contribué au développement professionnel. Plusieurs ont siégé aux comités de rédaction de revues professionnelles québécoises ou canadiennes ou à des comités experts au niveau local, régional, provincial ou canadien. On peut reconnaître leur rayonnement notamment par leur présence majoritaire au niveau des publications pharmaceutiques à l'échelle nationale et internationale. Au Québec, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) a senti le besoin de reconnaître la spécialisation en créant dès 1986 des regroupements de pharmaciens spécialisés, impliqués notamment en hématologie-oncologie, en gériatrie, en soins palliatifs, en maladies thromboemboliques, en soins intensifs, en maladies infectieuses, en psychiatrie et en pharmacothérapie nutritionnelle. De tels groupes existent aussi au sein de la SCPH et de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP).

### ***Parce que la pratique spécialisée en pharmacie a un impact sur la santé***

S'il est clair que la pratique en établissement de santé se distingue, on peut se demander quels sont les impacts de la pratique pharmaceutique. On trouve dans la documentation scientifique de nombreuses publications qui démontrent cet impact<sup>5-10</sup>. Parmi les principaux points d'aboutissement évalués dans les études publiées, nous observons que le pharmacien d'établissement peut contribuer à : favoriser un choix de traitement basé sur les meilleures preuves, obtenir de meilleurs résultats

thérapeutiques chez le patient, réduire les coûts de traitement pour l'établissement, le réseau et le patient, augmenter l'observance thérapeutique des patients, accroître la satisfaction de la clientèle et des intervenants, rehausser le niveau de connaissances scientifiques et pratiques des autres intervenants et des patients, réduire la durée de séjour des patients, réduire la survenue d'effets indésirables chez les patients, réduire la survenue d'erreurs médicamenteuses chez les patients, réduire la morbidité et la mortalité des patients, réduire la charge de travail des infirmières et des médecins en favorisant une meilleure organisation de la gestion de la pharmacothérapie, former des étudiants et des résidents en pharmacie et assurer la continuité des soins avec le milieu communautaire. En somme, il ne fait aucun doute que la pratique spécialisée des pharmaciens a un impact très favorable sur le réseau de la santé et sur les résultats cliniques des patients.

### ***Pour optimiser l'organisation du travail en établissement de santé***

La réforme du système professionnel amorcée au Québec en 2003 offre de nouvelles possibilités aux pharmaciens avec la redéfinition de l'exercice de la pharmacie. S'il est vrai que le droit d'instaurer ou d'ajuster la thérapie selon une ordonnance individuelle ou collective est un pas important, la non-reconnaissance par la société de la formation de 2<sup>e</sup> cycle en pharmacie pourrait influencer l'opérationnalisation de ce privilège législatif. À notre avis, une reconnaissance de la spécialisation risque plutôt de favoriser la mise en place de tels protocoles. L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a publié sa prise de position sur la prescription en collaboration (PEC)<sup>11</sup>. On y rapporte que 75 % des états américains (ils étaient 27 % en 1997) ont adopté ou modifié leur cadre législatif pour permettre aux pharmaciens de collaborer activement à la pharmacothérapie des patients, une situation très similaire aux privilèges octroyés en pharmacie au Québec. Toutefois, le plein potentiel de cette législation doit s'accompagner d'une reconnaissance externe (*credentialing*) des compétences du pharmacien.

Il est intéressant de se rappeler les motifs ayant favorisé l'émergence de la PEC : pénurie de ressources parmi les autres professionnels, nécessité d'augmenter le travail interdisciplinaire, croissance rapide des coûts de médicaments (évaluée à près de 18 % du PNB américain en 2012), importance accordée aux erreurs médicamenteuses (coûts estimés aux États-Unis à 29 milliards/an), impact reconnu du pharmacien sur la réduction de morbidité/mortalité et sur la réduction des erreurs reliées à des médicaments (jusqu'à 94 % de réduction), besoin accru de soins pharmaceutiques. Hammond et coll. ont identifié les conditions clés permettant la mise en place de la PEC : (1) un environnement propice à la collaboration (c'est-à-dire pas seulement avec les médecins,

mais aussi avec les infirmières praticiennes, les *physician assistants* et les autres professionnels) en reconnaissant l'expertise des pharmaciens; (2) un accès au patient et à son dossier (la pratique en établissement de santé offre cet accès); (3) une formation théorique et pratique ainsi que des habiletés et des connaissances (p. ex., la refonte du curriculum américain des programmes de formation de 1<sup>er</sup> cycle en Pharm.D. est axée sur les reconnaissances requises pour pratiquer la PEC dans certaines situations de base, l'apprentissage par problème et la pensée critique, etc.); (4) une documentation des activités et de la qualité; et (5) le paiement des services.

Bien que le droit d'instaurer ou d'ajuster la thérapie médicamenteuse offre un potentiel d'intervention intéressant à l'ensemble des pharmaciens, nous pensons que la société a besoin de pharmaciens spécialistes pour des activités plus complexes. Ne faut-il pas une expertise particulière pour bien interpréter le contexte clinique et ajuster une thérapie immunosuppressive d'un patient greffé, un antiémétique d'un patient d'hémo-oncologie, un anti-épileptique d'un patient polytraumatisé, un antibiotique d'un patient aux prises avec une infection multirésistante? Bien que ces clientèles soient en apparence concentrées dans les établissements, force est de constater que le virage ambulatoire oblige des services de nature spécialisée à domicile (p. ex. antibiothérapie intraveineuse à la maison). Ainsi, les changements apportés à la *Loi sur la pharmacie* auront un impact optimal au niveau de la société si la reconnaissance de la spécialité permet aux autorités et aux patients d'identifier plus facilement les pharmaciens capables d'assumer la responsabilité d'ordonnances individuelles ou collectives de nature complexe.

### ***Pour assurer le développement professionnel***

Le Council on Credentialing in Pharmacy (CCP) a récemment fait le point sur les avantages et les inconvénients de la reconnaissance<sup>12-13</sup>. On note l'impact favorable de la reconnaissance sur le praticien et sa pratique, le développement d'un cadre et de normes favorisant l'évolution de la profession, l'encouragement à la spécialisation, le développement de normes de pratique propres à chaque spécialité, la mise en place d'un processus d'évaluation des compétences, la clarification des statuts auprès du public, un plus grand accès aux meilleures compétences pharmaceutiques disponibles, une rémunération appropriée fondée sur la compétence et les responsabilités, des balises au développement de nouveaux programmes de formation universitaire et professionnelle. La reconnaissance de la spécialisation en pharmacie peut contribuer à stimuler la recherche évaluative sur l'impact de la pratique pharmaceutique, comme le programme de M.Sc. a réussi à le faire auprès des étudiants mais beaucoup moins auprès des professionnels formés. Les auteurs précisent

quelques obstacles inhérents à la spécialisation, notamment les coûts reliés au processus de certification, l'obligation de changement de pratique pour certains pharmaciens, les difficultés inhérentes à l'acceptation par les autres professionnels, les changements législatifs requis, l'adaptation au niveau des institutions et l'augmentation potentielle de la rémunération. En somme, il nous apparaît opportun de reconnaître la spécialisation en pharmacie pour assurer la protection du public, pour tenir compte de l'évolution de la pharmacothérapie, pour encadrer la prestation de soins pharmaceutiques complexes, pour reconnaître une formation de 2<sup>e</sup> cycle en place depuis 40 ans au Québec, pour reconnaître la réalité de la spécialisation pharmaceutique, parce que la pratique spécialisée en pharmacie a un impact sur la santé, pour optimiser l'organisation du travail en établissement de santé et pour assurer le développement professionnel. En complément de lecture, on peut consulter la publication des résultats du symposium de l'ASHP en 1990<sup>14-15</sup>.

### **Perspective des organismes de certification externe dans le domaine de la santé**

#### ***La National Organization for Competency Assurance (NOCA)***

La NOCA est un organisme privé américain à but non lucratif qui propose des normes de pratique et fait la promotion de l'excellence en matière de certification des professionnels. Créé en 1977, l'organisme a mis sur pied une commission indépendante, la National Commission for Certifying Agencies (NCCA), afin de certifier les organismes d'accréditation à partir de ses normes d'excellence. Aucun organisme de certification en pharmacie n'est actuellement certifié par le NCCA. Toutefois, plusieurs sont membres de la NOCA sans que leur processus de certification ait été reconnu par la NCCA (c'est-à-dire National Association of Boards of Pharmacy, Pharmacy Technician Certification Board, Board of Pharmaceutical Specialties, Commission for Certification in Geriatric Pharmacy, National Community Pharmacists Association, National Institute for Standards in Pharmacist Credentialing, Ontario College of Pharmacists). Sept organismes de certification d'infirmières praticiennes sont reconnus<sup>16</sup>. Il n'existe aucun organisme équivalent au Canada.

#### ***Le rôle du Parlement canadien***

C'est en 1929 que le Parlement canadien adopta une première loi spéciale visant à encadrer la formation médicale et la certification des médecins et chirurgiens spécialistes en donnant naissance au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)<sup>17</sup>. Le Parlement canadien allait répéter la mesure en adoptant une loi spéciale afin de créer le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) en 1963 puis le Collège

royal des chirurgiens dentistes du Canada (CRCDC) en 1965. Enfin, l'Académie canadienne de biochimie clinique (ACBC) a été créée afin de certifier les biochimistes cliniques. Aucun organisme canadien n'a été mis sur pied afin de certifier les médecins vétérinaires.

#### ***La création du CRMCC***

Le CRMCC est un organisme privé d'envergure nationale à but non lucratif qui représente plus de 38 000 membres et dont l'énoncé de mission est « une organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de normes de pratique élevées et à l'assurance de la qualité des soins de santé. [...] Il n'est pas un ordre professionnel, ni un organisme disciplinaire; sa mission, de nature éducative, consiste à établir des normes. [...] Il détermine les exigences des programmes d'études médicales post doctorales des 60 spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire et de 2 programmes particuliers; agrée les programmes de résidence de spécialité; évalue la conformité aux normes de l'éducation des résidents; administre les examens de certificat (sauf au Québec où cette responsabilité incombe au Collège des médecins du Québec); s'assure de la qualité des soins spécialisés par le biais du programme de maintien du certificat; propose des normes élevées quant à la conduite professionnelle et éthique de ses membres. Les Associés se prévalent de la désignation FRCPC (Associé du Collège des médecins et chirurgiens du Canada – médecine) ou FRCSC (Associé du Collège des médecins et chirurgiens du Canada – chirurgie) selon leurs qualifications. »

« En 1929, le Collège accordait deux qualifications de spécialité : le titre d'Associé en médecine générale et le titre d'Associé en chirurgie générale. En 1937, à la demande de l'Association médicale canadienne, l'organisme décernait des qualifications dans sept autres spécialités, soit la dermatologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la radiologie diagnostique, la radiologie thérapeutique et l'urologie. » Puis se sont ajoutées l'anesthésie, l'obstétrique-gynécologie, l'orthopédie, la psychiatrie, la neurologie, la réadaptation, la chirurgie plastique, la chirurgie thoracique et l'hygiène publique. Durant les années 1960, le Collège reconnaît l'hématologie, l'immunologie, la pneumologie, la rhumatologie, la cardiologie et la chirurgie cardiovasculaire. Les années 1970 marquent la reconnaissance notamment de la médecine nucléaire, de la médecine communautaire, de la chirurgie pédiatrique, de la gériatrie, de la néphrologie et de la génétique. Dans les années 1980, on reconnaît notamment l'infectiologie, l'urgence, l'oncologie, l'endocrinologie, les soins intensifs et la chirurgie vasculaire. Une douzaine de surspécialités seront reconnues durant les années 1990. Historiquement, on constate que le délai requis pour établir la reconnaissance d'une nouvelle spécialité varie de quelques années à plus de 10 ans selon le cas. Le CRMCC

utilise une hiérarchie au niveau de la spécialisation avec des spécialités et surspécialités. Il définit ainsi une spécialité : « as having a broad-based body of knowledge that is relevant in both community and tertiary settings and is a foundation for additional competencies (subspecially). Specialties must be able to produce a valid and reliable examination that leads to certification. Training leading to specialty certification can begin after successful completion of a medical degree. Specialty training involve a period of “core training” prior to or concurrent with the completion of specialty training. » Une surspécialité est définie comme suit : « as having a body of knowledge and identifiable competencies that build upon the broad-based body of knowledge defined in a specialty. There must be evidence of societal need for the subspecialty to justify development of and support for a RCPSC accredited training program. »

Les critères d'admissibilité à l'examen de certaines surspécialités peuvent requérir la réussite d'un examen de spécialité (p. ex. le médecin qui désire passer l'examen de chirurgie générale pédiatrique doit avoir complété au préalable la certification de chirurgie générale). De plus, le Collège agréé des programmes de résidence dans les 15 surspécialités pour lesquelles il n'y a pas d'examen (p. ex. médecine de soins intensifs, médecine transfusionnelle, médecine palliative, pharmacologie clinique, etc.). Enfin, le CRMCC requiert la complétion d'un programme de maintien du certificat pour le renouvellement du titre d'Associé et le maintien du certificat. Les Associés doivent obtenir 400 unités de formation par période de 5 ans de pratique active en participant aux activités éducatives de leur choix. Fait intéressant, le programme encourage une variété de méthodes pédagogiques ainsi qu'une répartition de celles-ci. Le médecin spécialiste doit compléter des activités parmi les six choix suivants : activités de formation collectives agréées (p. ex. cliniques, club de lectures, ateliers, cours, conférences, formation à distance – aucun maximum), autres activités de formation (p. ex. activités non agréées, lecture assidue de revues spécialisées, recherches documentaires, bandes audio-vidéo, Internet – maximum de 100 unités/5 ans), programmes agréés d'autoévaluation (p. ex. programmes élaborés par sociétés nationales, facultés et collègues – aucun maximum), programmes de formation structurés (p. ex. tenue d'un dossier de formation, stage, cours dirigés – aucun maximum), examens et évaluations de la pratique (p. ex. vérification de la pratique et enquête auprès de patients, rapports d'incidents, études de l'utilisation, évaluation des soins, etc. – aucun maximum) et finalement activités de recherche, enseignement et développement de normes (p. ex. publications, préparation d'exposés, recherche, élaboration de normes – maximum de 100 unités/5 ans).

Au Québec, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a mis en place son propre système d'examens de

certification depuis les années 1950<sup>18</sup>; avec le temps, des rapprochements sont survenus avec le CRMCC de sorte que plusieurs examens du CRMCC sont désormais reconnus et exigés pour la certification des spécialistes au Québec. Ainsi, « les composants et les formats d'examen menant au certificat de spécialistes reconnus au Québec varient selon trois groupes. Les spécialités du groupe 1 (p. ex. cardiologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, hématologie, immunologie clinique et allergie, microbiologie médicale et infectiologie, néphrologie, oncologie médicale, pneumologie, rhumatologie) requièrent un examen écrit et un examen oral, clinique et pratique spécifique du CMQ. Les spécialités du groupe 2 (p. ex. médecine interne, pédiatrie, physiatrie) requièrent un examen objectif intégré partagé avec le CRMCC et un examen oral, clinique et pratique spécifique au CMQ. Enfin, les spécialités du groupe 3 (p. ex. anesthésiologie, plusieurs disciplines chirurgicales, génétique, obstétrique gynécologie, neurologie, psychiatrie, urologie, etc.) requièrent un examen objectif intégré du CRMCC. » Tous les candidats à un certificat de spécialiste doivent réussir un examen sur les aspects législatifs, déontologiques et organisationnels propre au Québec. Dans la terminologie utilisée par le CMQ, il n'y a que des spécialistes et pas de surspécialistes.

#### ***Le cas des dentistes, des biochimistes, des vétérinaires et des infirmières***

Le CRCDC est un organisme privé d'envergure nationale à but non lucratif dont la mission est semblable à celle du CRMCC<sup>19</sup>. Le candidat qui complète le processus de certification peut utiliser le titre de FRCDC (Fellow of Royal College of Dentists of Canada). Le processus comprend la réussite du National Dental Specialty Examination et l'obtention d'une approbation du dossier de candidature. La plupart des provinces canadiennes exigent cette reconnaissance avant de délivrer un certificat de spécialiste. Les biochimistes cliniques comptent sur l'ACBC, une association professionnelle qui gère le processus de certification au Canada. La formation d'un spécialiste en biochimie clinique est de deux années postdoctorales incluant des stages cliniques et des cours théoriques. Au Québec, seuls les membres de l'Ordre des chimistes du Québec sont admissibles. Ce programme de formation est offert par l'Université de Montréal et est contingenté à deux nouveaux postes par année. La formation dans la spécialité de biochimie médicale est d'une durée minimale de cinq années après l'obtention du doctorat en médecine. La majorité des médecins spécialistes en biochimie possèdent de plus un diplôme de maîtrise (M.Sc.) ou de doctorat (Ph.D.) ou une formation surspécialisée. En 1995, on comptait 302 biochimistes cliniques au Canada, dont 79 au Québec<sup>20</sup>.

Actuellement, seuls les vétérinaires canadiens doivent recourir à un organisme américain, l'American Veterinary

Medical Association (AVMA) pour la gestion du processus de reconnaissance, qui reconnaît 20 organisations américaines capables de certifier des médecins vétérinaires spécialistes (p. ex. American College of Laboratory Animal Medicine). Chaque association est responsable d'établir les critères d'admissibilité et de gérer le processus<sup>21</sup>.

Au niveau des soins infirmiers, il n'existe pas d'organismes canadiens pour la certification des infirmières praticiennes ou spécialisées. Il est possible que les critères d'admissibilité à la certification d'une ou de plusieurs spécialités envisagée au Québec requièrent de compléter le processus de certification géré par des organismes américains. Aux États-Unis, l'American Board of Nursing Specialties (ABNS)<sup>22</sup>, créé en 1991, reconnaît 11 organismes de certification au niveau des soins infirmiers. Par exemple, il reconnaît l'American Nurses Credentialing Center (ANCC)<sup>23</sup> ayant déjà certifié plus de 145 000 infirmières à travers le monde dans plus de 50 spécialités. La National Certification Corporation (NCC), créée en 1975, est un organisme à but non lucratif qui a déjà émis plus de 65 000 certificats de spécialités en obstétrique, en gynécologie, en néonatalogie ou des certificats de compétences additionnelles en monitoring fœtal électronique, en allaitement et en santé de la femme<sup>24</sup>. Bien que cet organisme ne soit pas agréé par l'ABNS, un certificat de la NCC pourrait être requis pour les infirmières praticiennes spécialisées en néonatalogie. En somme, nous désirons illustrer le fait que le marché de la spécialisation est complexe et qu'il comprend de nombreux joueurs sur le marché américain.

### ***Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC)***

Le BEPC<sup>25</sup> est un organisme à but non lucratif, auto-financé, indépendant. Il a pour mission « d'évaluer les compétences des candidat(e)s au permis d'exercice de façon recevable par les organismes de réglementation professionnelle. À cette fin, le Bureau émet un certificat d'aptitude aux candidats qui réussissent à l'examen d'aptitude. Une des principales responsabilités du Bureau est de veiller à ce que les candidats possèdent les compétences minimales requises pour l'exercice de la profession en début de carrière. [...] Toutes les provinces, sauf le Québec, exigent des candidats formés à l'extérieur du Canada qu'ils obtiennent le certificat d'aptitude du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada. » En plus du certificat d'aptitude du BEPC, chaque province peut exiger d'autres préalables pour l'émission du permis d'exercice.

Aux États-Unis, un candidat au permis de pratique en pharmacie doit réussir deux examens assistés par ordinateur, soit le North American Pharmacist Licensure Examination (NAPLEX – tous les états l'exigent sauf la Californie) plus un examen de législation (Multistate

Pharmacy Jurisprudence Examination (MPJE – 36 états l'acceptent) générique ou propre à chaque état. Le NAPLEX et le MPJE sont tous deux développés par la National Association of Boards of Pharmacy (NABP). Des examens complémentaires (oraux et de laboratoire) peuvent être requis dans certains états.

### ***Council on Credentialing in Pharmacy (CCP)***

Le CCP<sup>26</sup> a été fondé en 1999 par 11 organismes pharmaceutiques américains afin d'offrir un leadership, des normes, de l'information publique et la coordination des programmes volontaires de certification en pharmacie. Le CCP a notamment adopté des lignes directrices en matière de reconnaissance.

### ***Board of Pharmaceutical Specialties (BPS)***

Le BPS<sup>27</sup> est un organisme à but non lucratif indépendant, créé en 1976 sous l'influence de l'American Pharmaceutical Association, qui a pour mission de reconnaître les spécialités en pharmacie, d'établir les normes de certification et de re-certification, d'évaluer objectivement les candidats et d'être une source d'information et de coordination privilégiée pour le développement des spécialités pharmaceutiques. Le BPS possède son propre conseil d'administration et est composé de six pharmaciens, de deux professionnels de la santé non-pharmaciens et d'un représentant du public. Le BPS reconnaît actuellement cinq spécialités, soit la pharmacie nucléaire (1978 ~ 500 membres actifs), la pharmacothérapie nutritionnelle (1988 ~ 400 membres actifs), la pharmacothérapie (1988 ~ 2 000 membres actifs), la pharmacie psychiatrique (1992 ~ 450 membres actifs) et la pharmacothérapie oncologique (1996 ~ 350 membres actifs). Au 31 décembre 2002, le BPS rapporte un total de 3 414 pharmaciens détenteurs d'un BPS actifs dont 43 au Canada (14 au Québec). La proportion de pharmaciens américains détenteurs d'un certificat du BPS est d'environ 1,5 %. Tous les détenteurs actifs d'un certificat du BPS au Québec travaillent actuellement en établissement de santé ou à l'université. Aux examens d'octobre 2002, le taux de succès global pour les cinq spécialités réunies était respectivement de 77 % en pharmacie nucléaire, de 40 % en pharmacothérapie nutritionnelle, de 55 % en pharmacothérapie, de 66 % en pharmacothérapie psychiatrique et de 52 % en pharmacothérapie oncologique.

Les normes du BPS comportent notamment une démarche systématique visant à évaluer la pertinence de créer de nouvelles spécialités. Cette démarche est un processus essentiellement réactif où un regroupement de pharmaciens soumet au BPS une demande de reconnaissance d'une spécialité. Cette demande doit satisfaire aux sept critères établis par le BPS, soit : (1) BESOIN - les besoins pour cette spécialité au niveau de la société sont documentés; (2) DEMANDE - un marché

existe pour embaucher les spécialistes; (3) NOMBRE - un nombre de praticiens potentiels suffisant existe; (4) CONNAISSANCES SPÉCIALISÉES - il existe un cursus de connaissances propres à la spécialité demandée; (5) CHAMPS D'APPLICATION - il existe un besoin de spécialistes pour effectuer les tâches spécialisées et qui ne peuvent être accomplies par un autre spécialiste ou un généraliste; (6) FORMATION - il existe des programmes de formation et de stage; et (7) TRANSMISSION DU SAVOIR - il existe un processus distinct de transmission de l'information et de références entre professionnels. À titre d'exemple, les critères d'admissibilité au processus de certification en pharmacothérapie sont les suivants : détenteur d'un baccalauréat en pharmacie d'un programme agréé par l'American Council on Pharmaceutical Education (les facultés canadiennes sont acceptées mêmes si elles n'ont pas l'agrément de l'ACPE); détenteur d'un permis de pratique de pharmacie; en sus du diplôme, cinq années de soins aux patients en pharmacothérapie (> 50 % de son temps) OU complétion d'une résidence + trois années de pratique OU complétion d'une résidence générale + résidence spécialisée; l'obtention du doctorat professionnel réduit la durée de l'expérience pratique requise. Il est raisonnable de prétendre qu'un candidat québécois qui complète son baccalauréat en pharmacie puis sa maîtrise en pratique pharmaceutique est admissible à l'examen du BPS en pharmacothérapie après sa formation, bien qu'aucun candidat québécois n'ait soumis sa candidature à ce jour au terme de sa formation. En 1997, le BPS a développé le concept de compétences additionnelles (*added qualifications*) pour encadrer la certification de surspécialités. Ainsi, l'organisme développe actuellement les normes et examens requis pour la certification en cardiologie et en infectiologie, avec pour préalable l'obtention d'un certificat en pharmacothérapie avancée.

Wells et coll. soulignent que le fait de détenir l'un des certificats de spécialistes du BPS peut comporter des

avantages financiers ou de pratique<sup>28</sup>. Toutefois, on peut se demander pourquoi si peu de pharmaciens américains (~ 1,5 % de l'ensemble et moins de 10 % des pharmaciens d'hôpitaux) obtiennent une certification du BPS. Il est probable que la certification n'est actuellement pas reconnue par les ordres professionnels.

#### ***National Institute for Standard in Pharmacists Credentialing (NISPC)***

Le NISPC est un organisme indépendant fondé en 1998 par quatre organismes pharmaceutiques américains, en réponse au besoin de reconnaître les pharmaciens de pratique privée qui désirent facturer leurs services professionnels dans le traitement de désordres chroniques en particulier. Quatre certifications ont été identifiées, soit l'anticoagulothérapie, l'asthme, le diabète sucré et les dyslipidémies. Morrison rapporte un taux de succès de 50 % des candidats aux examens de certification après les deux premières années de fonctionnement<sup>29</sup>.

L'American Society of Consultant Pharmacists (ASCP) a créé en 1997 la Commission for Certification in Geriatric Pharmacy (CCGP), une organisation indépendante à but non lucratif qui décerne un certificat de spécialiste en pharmacie gériatrique. En juin 2002, on dénombrait 800 détenteurs de ce certificat. De plus, il faut mentionner que les pharmaciens peuvent soumettre leur candidature à des examens de certification multidisciplinaire (p. ex. National Asthma Educator Certification Board, National Certification Board for Diabetes Educators). Enfin, il faut aussi mentionner qu'il existe un examen de certification pour les techniciens en pharmacie (Pharmacy Technician Certification Board (PTCB).

**Tableau III : Profil des principaux organismes externes de certification**

	<b>Médecins spécialistes</b>	<b>Dentistes spécialistes</b>	<b>Biochimistes chimiques</b>	<b>Vétérinaires spécialistes</b>	<b>Pharmaciens spécialistes</b>	<b>Pharmaciens spécialistes</b>
Organismes de certification	Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada <a href="http://crmc.medical.org">http://crmc.medical.org</a>	Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada <a href="http://www.rcdc.ca/">http://www.rcdc.ca/</a>	Académie canadienne de biochimie clinique <a href="http://www.csc.ca/academy/">http://www.csc.ca/academy/</a>	American Veterinary Medical Association <a href="http://www.avma.org/">http://www.avma.org/</a>	Board of Pharmaceutical Specialties <a href="http://www.bpsweb.org">www.bpsweb.org</a>	National Institute for Standards in Pharmacist Credentialing <a href="http://www.nispcnet.org">www.nispcnet.org</a>
Fondé en	1929	1965	Inconnu	1863	1976	1998
Organismes fondateurs	Selon une loi spéciale du Parlement canadien	Selon une loi spéciale du Parlement canadien	Aucun spécifié	Aucun spécifié	American Pharmaceutical Association	American Pharmacists Association National Association of Board of Pharmacy National Association of Chain Drug Stores National community Pharmacists Association
Membres	~ 38 000	N.D.	~ 900	~ 69 000	~ 3 500	1 500
Titre octroyé par l'organisme externe (L'ordre professionnel québécois ne reconnaît pas forcément toutes les spécialités de l'organisme externe)	FRCPC Associé du Collège des médecins et chirurgiens du Canada — médecine ou FRSC Associé du Collège des médecins et chirurgiens du Canada — chirurgie	FRCD <i>Fellow of Royal College of Dentists of Canada</i>	FCACB <i>Fellow of the Canadian Academy of Clinical Biochemistry</i> ou Biochimiste clinique Le titre peut être exceptionnellement octroyé sans certification pour « distinction spéciale »	Variable selon l'organisme externe p. ex. <i>ACVECC</i> <i>Diplomate of the American College of Veterinary Emergency and Critical Care</i>	BC_S Selon les spécialités reconnues p. ex. <i>BCPS</i> <i>Board Certified Pharmacotherapy Specialist</i>	CDM Certified Disease Manager p. ex. <i>CDM in anticoagulation</i> <i>CDM in asthma</i> <i>CDM in diabetes</i> <i>CDM in dyslipidemia</i>
Spécialités reconnues par les organismes externes	60 spécialités médicales et chirurgicales + 2 programmes particuliers Médecine : 14 spécialités cliniques + 6 spécialités de laboratoire + 11 surspécialités Chirurgie : 10 spécialités + 2 surspécialités 15 surspécialités sans examen	10 spécialités <i>dental public health</i> <i>dental sciences</i> <i>endodontics</i> <i>oral and maxillofacial surgery</i> <i>oral medicine and oral pathology</i> <i>oral maxillofacial radiology</i> <i>orthodontics</i> <i>pediatric dentistry</i> <i>periodontic</i> <i>prosthodontics</i>	1 spécialité Biochimie clinique	Plus de 20 spécialités <i>toxicology</i> <i>poultry</i> <i>theriogenologists</i> <i>anesthesiologists</i> <i>behaviorists</i> <i>clinical pharmacology</i> <i>dermatology</i> <i>emergency and critical care</i> <i>internal medicine</i> <i>microbiology</i> <i>ophthalmology</i> etc.	5 spécialités fondées sur une approche de connaissances par discipline Radiopharmacie Pharmacothérapie avancée Pharmacothérapie nutritionnelle Oncologie Psychiatrie 2 surspécialités (compétences additionnelles) Pharmacothérapie – cardiologie et infectiologie	4 spécialités fondées sur une approche de type <i>Disease management</i> Anticoagulothérapie Asthme Diabète Dyslipidémie
Critères d'admissibilité*	Demande et dossier complets Doctorat professionnel, c'est-à-dire degré médical acceptable Qualités morales, éthiques et professionnelles acceptables Achèvement satisfaisant de la formation postdoctorale de 5 ans	Demande et dossier complets Doctorat professionnel Formation postdoctorale de 2-5 ans de niveau M.Sc. Examen oral et écrit Dossier complet	Demande et dossier complets Membre de la <i>Canadian Society of Clinical Chemists</i> Ph.D. ou MD Formation postdoctorale de 24 mois (théorique [24 crédits] et pratique); pas de processus d'agrément des stages	Demande et dossier complets Doctoral professionnel Formation postdoctorale (résidence) agréée par l'organisme de 2-3 ans	Formation de base, c'est-à-dire baccalauréat en pharmacie ou diplôme d'entrée à la pratique (p. ex. <i>Entry-Level Pharm.D.</i> ) Formation postbaccalauréat ou doctorat professionnel (p. ex. résidence en pharmacie de 1 an) ou expérience pertinente (3-4 ans de pratique)	Demande et dossier complets Formation de base, c'est-à-dire baccalauréat en pharmacie ou diplôme d'entrée à la pratique (p. ex. <i>Entry-level Pharm.D.</i> )

**Tableau III : Profil des principaux organismes externes de certification**

	<b>Médecins spécialistes</b>	<b>Dentistes spécialistes</b>	<b>Biochimistes chimiques</b>	<b>Vétérinaires spécialistes</b>	<b>Pharmaciens spécialistes</b>	<b>Pharmaciens spécialistes</b>
Délai pour être admissible	Au terme de la formation	Pendant la dernière année de formation et par la suite	Au terme de la formation	Au terme de la formation	Au terme de la formation + période suffisante en pratique	Au terme de la formation
Type d'examens	Depuis janvier 2001, examens objectifs d'ensemble (écrits/oraux, pratique) incluant questions à court développement, questions à choix de réponses, etc. Disponibles en anglais ou français	<i>National Dental Specialty Examination (NDSE)</i> De façon générale, l'examen comporte une partie écrite et une partie orale; peut comporter une présentation de cas et des résolutions de problèmes au préalable Disponibles en anglais ou français	Examen écrit – préalable à l'examen oral – examen à développement aspects analytiques – 3 h aspects cliniques – 3 h Examen oral Disponibles en anglais	Examen écrit (questions à choix multiples ou à court développement), oral et pratique (incluant l'utilisation de documents multimédias et de mise en scène) Disponibles en anglais	Examen écrit de questions à choix multiples (200 questions) développées selon 5 critères ( <i>correctness, relevance, currency, importance, criticality</i> ) Chaque spécialité comporte de 3 à 4 domaines évalués par l'examen	Examen écrit de questions à choix multiples (5 choix); l'examen comporte 120 questions dont 60 ont été préalablement testées et validées; seules ces 60 questions sont utilisées pour octroyer la certification et les autres seront utilisées à titre de prétest. Les questions sont basées sur des scénarios cliniques et des profils de patients. Les examens sont développées selon les normes du NABP.
Conduite en cas d'échec	Possibilité de reprise	Possibilité de reprise moins de 12 mois postéchec	Possibilité de 2 reprises L'échec à l'examen écrit oblige la réalisation d'une année additionnelle de stage < 2 ans après la première demande	Jusqu'à 3 reprises autorisées; peut s'appliquer à une ou plusieurs parties d'un examen	Possibilité de reprise – 300 \$US si reprise dans les 2 années suivant l'échec; au-delà de ce délai, obligation de soumettre un dossier complet	Possibilité de reprise après 90 jours au plein tarif
Note de passage de l'examen	Variable selon l'examen	70 %	Non disponible	Variable selon l'organisme	Déterminée selon la distribution des résultats et selon les membres d'un comité expert	> 75 % – le résultat absolu n'est pas transmis mais seulement la mention échec/passage
Durée de l'examen	Variable	2 jours consécutifs ou non	1 journée	1-3 jours	1 jour	3,25 heures
Coût pour la certification	N.D.	Inscription – 500 \$CAN Examen – 4 500 \$CAN Des frais différents s'appliquent en cas d'échec ou d'appels	300 \$CAN selon le cas	Variable selon l'organisme – ad 1 000 \$US/ certificat	Inscription et examen 600 \$US Processus de re-certification, pouvant inclure un examen – 700 \$US	Inscription et examen 250 \$US (rabais si plus d'un examen passé) Processus de re-certification sans examen – 150 \$US
Fréquence et lieu	1 fois par année; au moins 15 villes au Canada	2 fois par année; Toronto	1 fois par année; Toronto	1 fois par année; différentes villes aux É.-U.	1 fois par année en octobre; près de 30 villes; ailleurs si > 10 candidats	En tout temps – sur ordinateur sur des sites spécialisés; plus de 700 visites à travers les É.-U.
Coûts d'adhésion annuels outre le permis de pratique	N.D.	350 \$CAN	N.D.	Variable	100 \$US	50 \$US
Réciprocité	Possible pour les statuts américains; le Collège a aussi identifié des pays où la réciprocité ne s'applique pas (p. ex. Argentine, Belgique, etc.)	Possible pour les statuts américains après étude par l'Ordre des dentistes du Québec	Possible avec les statuts <i>Diplomate of the American Board of Clinical Chemistry ou Fellow of the National Academy of Clinical Biochemistry</i>	Possible avec les titres américains si la spécialité fait partie d'une des 6 spécialités reconnues par l'Ordre des médecins vétérinaires	Aucune réciprocité versus d'autres organismes externes de certification en pharmacie	Aucune réciprocité versus d'autres organismes externes de certification en pharmacie

**Tableau III : Profil des principaux organismes externes de certification**

	Médecins spécialistes	Dentistes spécialistes	Biochimistes chimiques	Vétérinaires spécialistes	Pharmaciens spécialistes	Pharmaciens spécialistes
Processus de re-certification	Oui – voir le texte	Oui	Aucun	Oui – variable selon l'organisme	Oui – requise aux 7 ans	Oui – requise aux 3 ans – 150 \$US Doit comporter un minimum de 30 heures de formation continue approuvée par l'American Council on Pharmaceutical Education (ACPE)

N.D. – non disponible au moment de la revue de documentation

\* La soumission d'un dossier complet inclut généralement les formulaires complétés, le curriculum vitae, les références, les diplômes et certificats de résidence, les évaluations, les publications; selon l'organisme, le dossier peut nécessiter le dépôt de rapports de cas ou de travaux personnels en fonction de la spécialité.

### En Europe

En Europe, certains états et leur ordre professionnel reconnaissent la spécialisation en pharmacie hospitalière (p. ex. Pays-Bas, Espagne) ou en biologie médicale (p. ex. France). Dans tous les cas observés, la certification reconnue par l'ordre est fondée sur une formation postdoctorale particulière. Au Royaume-Uni, on admet l'importance de reconnaître la spécialisation, mais on se questionne sur la pertinence de reconnaître la certification américaine, compte tenu des coûts, des différences et des écarts par rapport à la pratique britannique<sup>30</sup>. Cependant, dans ce pays, on a récemment implanté le concept des *Supplementary prescribers*, qui ressemble beaucoup à la PEC et dont les critères favorisent le milieu hospitalier<sup>31</sup>.

### La spécialisation en pharmacie au Canada

En 1986, l'Association pharmaceutique canadienne (APC) complète ses travaux sur les spécialités en pharmacie et recommande de créer le Canadian Board of Specialties in Pharmacy (CBSP). Le comité siège durant quelques années et procède à l'évaluation de la faisabilité et des coûts inhérents à ce processus. En 1991, l'APC dissout le CBSP et mandate le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada pour évaluer ce dossier. Le BEPC forme un comité sur les spécialités et publie un rapport interne sur la structure à mettre en place pour reconnaître les spécialités pharmaceutiques au Canada. Le rapport propose un cadre de développement et de reconnaissance des spécialités en pharmacie semblable à celui utilisé par le Board of Pharmaceutical Specialties (BPS). Toutefois, les recommandations du BEPC ne sont jamais mises en place<sup>32</sup>.

### Advanced Practitioner Credentialing Project

Le College of Pharmacists of British Columbia (CPBC) forme en novembre 2001 un comité sur la spécialisation en pharmacie (Advanced Practitioner Credentialing Committee) composé de représentants du milieu communautaire, hospitalier et universitaire et dont le mandat est de développer un programme de recon-

naissance des pharmaciens par les pairs, les professionnels et le public, basé sur un niveau attendu de compétences. À la lumière de ces consultations, le comité a recommandé que soient reconnues quatre spécialités et que soit formé un conseil provisoire par spécialité chargé de reconnaître les pharmaciens postulants, lequel serait composé de quatre pharmaciens et d'un médecin œuvrant au sein de la spécialité. Les conseils proposés sont : Advanced Practitioner Credentialing Committee, Advanced Pharmacotherapy Management Specialty Council, Anticoagulation Management Specialty Council, Asthma Management Specialty Council, Diabetes Management Specialty Council. Il s'agit donc d'un mélange du modèle du NISPC et du BPS. Le bureau du CPBC prendra sa décision au cours de 2004<sup>33</sup>. La prise de position du CPBC a été adoptée intégralement par la National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA)<sup>34</sup>. Il faut souligner que le Québec et l'Ontario se sont dissociés de la NAPRA au cours des dernières années. Le tableau IV situe les principaux organismes pharmaceutiques canadiens et leur prise de position en matière de spécialisation pharmaceutique.

Enfin, il convient de mentionner que la SCPH décerne chaque année le titre de Fellow (FCSHP) à des pharmaciens qui se distinguent par leurs compétences, leur pratique et leurs réalisations. Un comité (Board of Fellows) composé de six détenteurs du titre de FCSHP est formé par le Comité exécutif de la SCPH et est chargé d'étudier les candidatures qui lui sont soumises. L'octroi de ce titre ne comporte pas de certification basée sur des examens écrits ou pratiques et est valide tout au long de la carrière. Cette distinction, bien qu'elle reconnaisse des individus fort certainement compétents, est un processus honorifique plus qu'un processus systématique visant à identifier des compétences particulières définissant un sous-groupe d'individus pouvant rendre des services particuliers. Nous terminons notre réflexion par les éléments clés à la base de modèles de reconnaissance de la spécialisation en pharmacie.

**Tableau IV : Comparaison de trois modèles de reconnaissance de spécialisation**

Professionnels	Pharmaciens	Médecins, dentistes, vétérinaires, biochimistes	
Modèles	Modèle américain	Modèle NAPRA	Modèle québécois
Formation de base requise	Pharm.D. ou l'équivalent	B.Pharm.	Généralement un doctorat professionnel
Formation complémentaire requise	De 0-2 ans + expérience - variable selon la spécialité	Non, sauf pour une spécialité	De 2 à 5 ans
Reconnaissance de la spécialisation par l'ordre professionnel	Non	Oui	Oui
Spécialités reconnues	Plus d'une dizaine	Pharmacothérapie Asthme Diabète Anticoagulothérapie	De 1 à 60 selon l'organisme
Organismes externes	Américains (BPS, NISPC, CCGP et organismes multidisciplinaires)	Américains (BPS, NISPC)	Canadiens (CRMCC CRDC, CACC) et américains (AMVA)
Présence de surspécialités	Oui pour le BPS (cardiologie, infectiologie)	Non	Oui pour le CRMCC

### Pour un modèle de spécialisation en pharmacie

À la lumière du contexte actuel, du rôle des ordres professionnels et de l'organisation professionnelle au Québec, de la connaissance des programmes de formation de base et complémentaires, de l'argumentaire suggérant qu'il est opportun de reconnaître la spécialisation en pharmacie et d'une compréhension des processus de certification externe en santé, nous complétons notre réflexion en situant le modèle américain, le modèle NAPRA et le modèle québécois dans le cadre de la spécialisation en pharmacie. Le modèle américain recouvre l'ensemble de la situation qui prévaut aux États-Unis. Le modèle NAPRA fait référence à la proposition du CPBC; aucune autre province n'a discuté ni accepté ce cadre jusqu'à maintenant. Enfin, le modèle québécois repose sur la reconnaissances des spécialités en santé en vigueur parmi les autres professionnels de la santé. Quel que soit le modèle retenu, il est important que l'ordre professionnel se dote de critères lui permettant d'évaluer objectivement la pertinence de reconnaître de nouvelles spécialités.

Le système de santé américain est fondé sur le principe du libéralisme de sorte que la certification est laissée à de nombreux organismes externes ainsi qu'aux organisations de santé afin de définir la place des pharmaciens. Ainsi, il n'est pas étonnant que soient utilisés, dans un établissement de santé, les titres de *staff pharmacist*, *clinical pharmacist* et *clinical specialist (in pharmacy)*, sans que l'ordre professionnel ne soit intervenu. Au Québec, cette pratique n'est pas tolérée bien que cette nomenclature relève plus du titre d'emploi que d'une attestation de compétence. Compte tenu de ce libre marché, il est probable que de nouveaux organismes de certification en pharmacie continueront de voir le jour, en réponse aux besoins du marché et à l'écart de toute politique. La création du CCP en 1999 n'est pas

étrangère à la volonté des grands décideurs pharmaceutiques de canaliser les futurs développements, mais il est peut-être déjà trop tard.

De plus, il est important de réaliser que la certification des différents organismes ne traduit pas le même niveau de compétence ni le même spectre de pratique. Par exemple, la certification proposée par le BPS touche de grands domaines de la pharmacothérapie (p. ex. oncologie) tandis que celle proposée par le NISPC s'intéresse davantage à des activités ou à des tâches, comme nous le définissons dans la première partie du présent article. En fait, la certification du NISPC vise à répondre à des besoins de reconnaissance à titre de *provider* dans un contexte de rémunération tandis que la certification de type BPS vise davantage une pratique de spécialiste comme nous l'entendons. À notre avis, le terme spécialiste est en voie d'être usurpé, un peu comme on a confondu le terme Pharm.D. avec des programmes de 1<sup>er</sup> cycle (le programme de 1<sup>er</sup> cycle désormais offert aux étudiants en pharmacie à travers les États-Unis) et de 2<sup>e</sup> cycle (le programme postbaccalauréat offert à une cohorte très limitée avant 2001).

À notre avis, le modèle canadien adopté par la NAPRA selon ce qui a été développé en Colombie-Britannique s'applique mal au contexte québécois, parce qu'il recourt à différents types de certificats qui ne traduisent pas tous la même formation, les mêmes compétences et la même pratique. Par exemple, cette approche confond un pharmacien détenteur d'un programme de perfectionnement (p. ex. un pharmacien ayant complété une M.Sc./résidence spécialisée et ayant une pratique clinique en hémato-oncologie depuis trois ans) avec un pharmacien ayant un intérêt en anticoagulothérapie (p. ex. un pharmacien ayant complété un B.Pharm. qui suit des patients sur warfarine et pour lesquels il désire ajuster la dose en fonction d'un test de laboratoire). À

notre connaissance, il n'existe aucun exemple d'autres professions de la santé pour lesquelles une spécialité est basée sur un champ d'action restreint à un seul acte ou à une seule maladie. Comme nous l'avons décrit dans la première partie de notre article, la spécialisation doit reconnaître la formation dans une discipline, les connaissances théoriques et pratiques ainsi que l'exercice, et pas seulement des habiletés pour une activité ou une tâche donnée. Bien que la démarche proposée par la NAPRA soit structurée, nous pensons qu'elle confond deux types de reconnaissance fondamentalement distincts.

Le modèle québécois appliqué aux autres professionnels de la santé nous apparaît cohérent. Dans tous les cas, il repose sur un programme de perfectionnement correspondant minimalement à un niveau de maîtrise, sur un processus d'examen externe et sur la présentation d'un dossier complet incluant dans certains cas une recertification périodique. Il nous apparaît raisonnable de penser que le Canada et ses 25 000 pharmaciens (dont près de 20 % travaillent en établissement de santé) peuvent se doter d'un système national capable de reconnaître la spécialisation en pharmacie. À cet effet, nous sommes d'avis que le BEPC est l'organisme canadien le mieux placé et détenant l'expertise nécessaire pour encadrer le processus. À défaut, il faudra se tourner vers les organismes américains et reconnaître les certificats qu'ils décernent. Compte tenu de ce qui précède, seul le BPS se prête davantage au contexte québécois. Le recours à ce processus n'est pas sans irritants; les examens ne sont offerts qu'en anglais (les médecins, les dentistes et les biochimistes ont le loisir d'être évalués en français et seuls les vétérinaires passent leurs examens en anglais) et comportent une portion sur le système de santé américain, pour laquelle les candidats québécois ne seraient pas forcément préparés. Par ailleurs, le BPS américain offre la possibilité de passer l'examen au Canada.

Faut-il créer une ou plusieurs spécialités? Comment s'opère la distinction entre une spécialité et une surspécialité? La tentation est grande de répondre, à la lumière des faits : la plupart des pharmaciens détenteurs de M.Sc. travaillent dans un secteur très spécialisé, comme en fait foi le rapport canadien sur les pharmacies hospitalières (p. ex. néonatalogie, hépatologie, oncologie, pédiatrie, néphrologie, cardiologie, greffe de moelle osseuse, soins intensifs, gériatrie, médecine interne, pneumologie, etc.). Pourtant, tous ces pharmaciens n'ont suivi qu'une formation spécialisée relativement large de 2<sup>e</sup> cycle, qui s'apparente davantage à la médecine interne (spécialité à vocation large) qu'à une surspécialité. Est-il raisonnable de vouloir reconnaître une surspécialité alors qu'il n'y a pas, à ce jour, de formation universitaire capable de préparer les pharmaciens à cette pratique? Est-il raisonnable d'envisager la reconnaissance de compétences additionnelles, en sus de la spécialité de base?

De plus, il n'est pas évident qu'un pharmacien travaillant dans un secteur médical spécialisé exerce dans cette même spécialité. En effet, ce pharmacien peut combler les besoins complémentaires à la spécialité du médecin traitant. Après quelques années de pratique, on continue de voir des pharmaciens changer de discipline, signe que la formation de spécialiste reçue est à l'image d'une spécialité générale, comme c'était le cas il y a plus de 80 ans à l'aube de la reconnaissance des deux premières spécialités en médecine (c'est-à-dire la médecine interne et la chirurgie). On imagine encore mal un cardiologue changer de spécialité pour pratique l'urologie ou la neurologie. Le tableau IV compare ces trois modèles.

## Conclusion

La reconnaissance de spécialistes dans le domaine de la santé est pratique courante au sein de plusieurs ordres professionnels. Une bonne connaissance du contexte, du rôle des ordres professionnels et de l'organisation professionnelle au Québec, un parcours des pour et contre, une revue des organismes et des mécanismes de certification externes ainsi qu'un état des lieux en pharmacie nous ont permis de situer quelques modèles potentiellement applicables à la reconnaissance éventuelle de spécialités en pharmacie au Québec. La pratique pharmaceutique a considérablement évolué au cours des dernières décennies. À notre avis, une reconnaissance de la spécialisation en pharmacie s'impose, en tenant compte des tendances nord-américaines et en s'inspirant du contexte québécois.

Pour toute correspondance :  
Jean-François Bussières  
Hôpital Sainte-Justine  
3175, chemin de la côte Sainte-Catherine  
Montréal (Québec) H3T 1C5  
Téléphone : (514) 345-4603  
Courriel : bussiere@aei.ca

## Abstract

Good knowledge of the context, the role of professional corporations and the professional organisation in the province of Quebec allows us to reflect upon the relevance to generate pharmacy specialists certificates, as discussed in the first part of our article. In the second part, we talk about basic and complementary trainings as prerequisites to specialization in Canada, as well as about the opportunity to acknowledge pharmacy specialization, the processes of external certification in healthcare and the models of specialization in pharmacy.

## Références

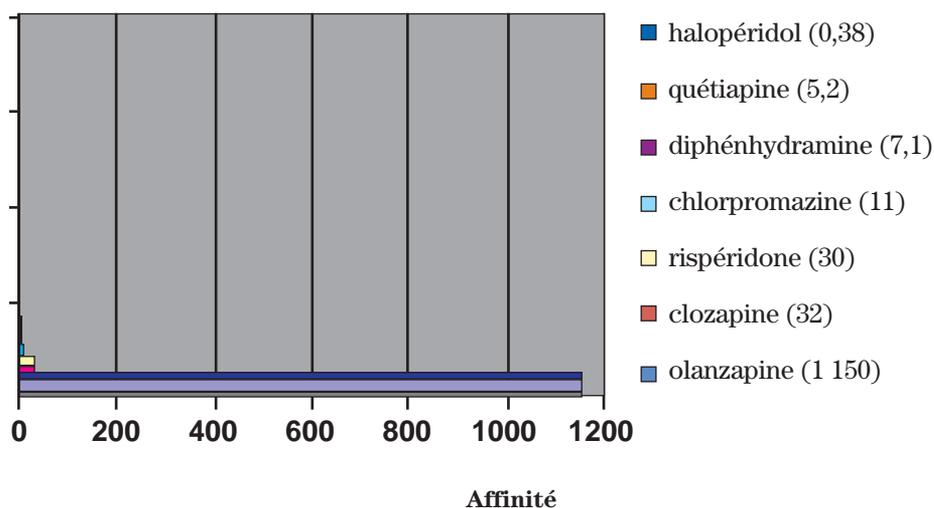
1. Ordre des pharmaciens du Québec. Résolution BU021210-13 – 10 décembre 2002. Le comité a débuté ses travaux le 13 mars 2003 et devrait déposer son rapport au Bureau d'ici mars 2004.
2. Ordre des pharmaciens du Québec. Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier. Décembre 1994.
3. Rapport canadien sur les pharmacies hospitalières 2001-2002. <http://www.lillyhospitalreport.org> (site visité le 22 octobre 2003).
4. Bussières JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2001-2002. *Pharmactuel* 2003; 35 (5) : 215-222.
5. Schumock GT et coll. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003;23(1):113-132.
6. Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services - 1988-1995. The Publications Committee of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 1996 Nov-Dec;16(6):1188-208
7. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2000 Jun;20(6):609-21.
8. Raehl CL, Bond CA. 1998 national clinical pharmacy services study. *Pharmacotherapy* 2000 Apr;20(4):436-60.
9. Bond et coll. Severity of illness-adjusted multiple regression for all variables and medication errors/occupied bed/year (884 hospitals); *Pharmacotherapy* 2001;21(9).
10. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999;19(2):130-8.
11. Hammond RW., Schwartz AH, Campbell MJ, Remington TL, Chuck S, Blair MM et coll. Collaborative drug therapy management by pharmacists – 2003 – ACCP Position statement. *Pharmacotherapy* 2003;23(9):1210-1225.
12. Bertin RJ. Credentialing in pharmacy. *Encyclopedia of Clinical Pharmacy* 2003:223-232.
13. Council on pharmacy credentialing. *Am J Health-Syst Pharm* 2001;58:69-76.
14. ASHP Proceedings – directions for specialization in pharmacy practice, part 1. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:469-500.
15. ASHP Proceedings – directions for specialization in pharmacy practice, part 2. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:691-719.
16. NOCA. Accredited certification organizations. <http://www.noca.org/ncca/accredorg.htm> (site visité le 17 décembre 2003).
17. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <http://rcpsc.medical.org/> (site visité le 5 janvier 2003).
18. Collège des médecins du Québec. [www.cm.qc.ca](http://www.cm.qc.ca) (site visité le 10 octobre 2003).
19. Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada. [www.123.com](http://www.123.com) (le site français est en construction).
20. MSSS. Rapport de planification de la main-d'œuvre pour les biochimistes cliniques et les médecins biochimistes. 2001.
21. American Veterinary Medical Association. <http://www.avma.org/careforanimals/animatedjourneys/aboutvets/vetspecialists.asp> (site visité le 17 décembre 2003).
22. American Board of Nursing Specialties. <http://www.nursingcertification.org/> (site visité le 16 décembre 2003).
23. American Nurses Credentialing Center (ANCC). <http://nursingworld.org/ancc/cert.html> (site visité le 15 décembre 2003).
24. National Certification Corporation. <http://www.nccnet.org/> (site visité le 15 décembre 2003).
25. Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada. <http://www.pebc.ca> (site visité le 24 octobre 2003).
26. Council on Credentialing in Pharmacy (CCP). <http://www.pharmacycredentialing.org/> (site visité le 18 décembre 2003).
27. Board of Pharmaceutical Specialties. <http://www.bpsweb.org/> (site visité le 5 janvier 2004).
28. Wells BG, Bertin RJ. Board of pharmaceutical specialties. *Encyclopedia of Clinical Pharmacy*. 2003:103-5.d.
29. Morrison WJ. NISPC – professional organisations – *Encyclopedia of Clinical Pharmacy*. 2003:572-4.
30. Blake D et coll. Certification in oncology pharmacy – could the US process be used in the UK? *The Pharmaceutical Journal* 2001;267:6790-3.
31. Supplementary prescribing by nurses and pharmacists within the NHS in England: a guide for implementation. Department of Health. March 2003. <http://www.doh.gov.uk/supplementaryprescribing/supp-prescribe-guidemay03.PDF> (site visité le 13 janvier 2004).
32. Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada. Specialty designation and certification program – information booklet – 1993 – not for disclosure.
33. College of Pharmacists of British Columbia. A Framework for recognition and certification of pharmacist specialists in Canada. March 2003.
34. NAPRA. [www.napra.org](http://www.napra.org) (site visité le 12 octobre 2003).

## ERRATUM

Dans le *Pharmactuel* vol. 36 n° 5 à la page 257, la légende du tableau I indiquait dozapine (32). La légende aurait dû indiquer clozapine (32).

Nous nous excusons pour cette erreur.

**Tableau I : Affinité pour le blocage des récepteurs histaminiques  $H_1$ \***



\*  $10^{-7} \times 1/K_d$  où  $K_d$  est la constante de dissociation à l'équilibre exprimée en mole.

Adapté de Richelson E. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 10):5-14.