



**PROJET DE RÈGLEMENT
CONCERNANT LES SERVICES
RÉGIONAUX DE CONSERVATION**

VERSION DU 14 NOVEMBRE 2006

COMMENTAIRES DE :

**ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
DU QUÉBEC**

Décembre 2006

INTRODUCTION

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est heureuse de l'occasion qui lui est donnée de commenter le projet de règlement concernant les services régionaux de conservation, découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Nous tenons donc à remercier la Direction des projets du Dossier de santé du Québec au bureau du sous-ministre associé de nous avoir offert cette opportunité.

L'Association croit que nombre d'hospitalisations directement liées à une mauvaise utilisation des médicaments pourraient être évitées. Il est en outre permis de penser qu'une meilleure communication de l'information entre professionnels de la santé pourrait contribuer à améliorer la qualité et la continuité des soins. C'est pourquoi l'A.P.E.S. salue les efforts qui sont actuellement déployés afin qu'un outil qui facilitera la circulation des renseignements de santé entre les divers intervenants du domaine de la santé voit enfin le jour.

Malheureusement, une meilleure circulation des renseignements de santé ne signifie pas nécessairement une circulation de meilleurs renseignements. Bien que le dossier de santé fasse plus de place aux données objectives qu'aux données subjectives, la fiabilité des renseignements qui y seront déposés n'est pas pour autant garantie. Hors contexte, certaines données apparaissant à première vue objectives, pourraient en effet, être faussement interprétées. C'est pour cette raison, qu'en plus d'émettre ses commentaires relativement aux articles spécifiques du projet de règlement, l'A.P.E.S. s'est permis de faire quelques remarques en lien avec les contraintes imposées par la loi et le projet de règlement au regard de la conservation de renseignements plus subjectifs.

L'A.P.E.S. est consciente de la nécessité pour le législateur de maintenir une balance entre le besoin de savoir et le droit à la vie privée. Néanmoins, elle s'interroge sur les principes qui ont servis à déterminer la période d'utilisation de certaines catégories de renseignements.

Finalement, l'A.P.E.S. s'inquiète du profil d'accès restreint que le projet de règlement accorde aux pharmaciens et à son personnel de soutien technique. Les limites d'accès à la consultation de certaines données cliniques ainsi que celles imposées pour la transmission des renseignements sur les médicaments méritent d'être soulignées.

NOTE

À moins d'indication contraire, les commentaires émis dans ce document font référence à la version du 14 novembre 2006 du projet de règlement.

SECTION I : RENSEIGNEMENTS QUI PEUVENT ÊTRE CONSERVÉS**Allergies et intolérances**

Au regard du paragraphe 3° de l'article 1, l'A.P.E.S. souligne l'importance de bien différencier les allergies des intolérances. Pour y parvenir, il faut rendre la documentation de l'allergie ou de l'intolérance obligatoire au moment de la transmission initiale des données. On évitera ainsi que seule l'identification de l'agent causal soit transmise au dépôt de conservation, comme c'est souvent le cas lorsque l'information est inscrite au dossier médical ou pharmacologique, sans que les autres renseignements tels que ceux prévus aux paragraphes a, c, d et e le soient. Il faudrait également ajouter les nom, prénom, titre et numéro de permis d'exercice du professionnel qui a inscrit l'allergie ou l'intolérance aux items déjà prévus. De cette façon, les intervenants qui consulteront cette catégorie de renseignements seront en mesure de mieux interpréter l'information qui y figure et de référer au professionnel qui a transmis le renseignement, au besoin.

La mise à jour du projet de règlement en date du 14 décembre 2006 intègre au paragraphe 3° l'indication de la suspicion ou de la confirmation de l'allergie ou de l'intolérance. Nous croyons que cet élément contribuera à préciser l'information inscrite en regard de cette catégorie de renseignements. Nous notons toutefois que l'élément « agent causal » a été retiré de la liste de renseignements relatifs aux allergies et aux intolérances. Cet élément se distingue pourtant des autres éléments et est, à notre avis, essentiel puisqu'il permet d'identifier l'agent causal (p. ex. pénicillines), contrairement à « l'identification de l'allergie ou de l'intolérance » qui caractérise plutôt le type de réaction, soit allergie ou intolérance.

Médication

Le paragraphe 6° de l'article 1 soulève plusieurs questions concernant la définition d'un médicament. En prenant pour hypothèse que seuls les produits pharmaceutiques ayant un DIN seraient considérés comme des médicaments aux fins d'inscription à la catégorie médication du dossier de santé, cela aurait pour conséquence d'exclure de cette catégorie de renseignements tout médicament n'ayant pas reçu un avis de conformité de Santé Canada mais disponible, par exemple, par l'entremise du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada ou administré dans le cadre d'une étude clinique dûment autorisée. Or, l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit qu'« un établissement [...] peut également fournir pour un traitement d'exception d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la liste [...] et qui n'ont pas obtenu l'avis de conformité du gouvernement fédéral [...] ». Il serait, en effet, malheureux de pas pouvoir profiter du dossier de santé pour combler les lacunes du programme d'accès spécial qui font en sorte de fragmenter le dossier pharmacologique d'un patient en

l'obligeant à se procurer un médicament fourni par ce programme dans un établissement de santé alors que le reste de sa médication lui est délivrée en pharmacie privée. De plus, tous les produits utilisés pour la création de préparations magistrales (principes actifs, véhicules et solvants notamment) de même que certains produits de santé naturels devraient être considérés dans la définition du médicament. L'Association croit que tous les renseignements relatifs aux médicaments et aux produits de santé analogues, notamment s'ils peuvent interagir entre eux, doivent se trouver dans cette seule et même catégorie de renseignements.

L'article 520.9 de la Loi modifiant la Loi sur les services la santé et les services sociaux autorise le transfert d'information pour tous les médicaments délivrés ou administrés. Or, on sait qu'il n'est pas nécessairement pertinent et utile de transférer l'ensemble des données sur les médicaments administrés en cours d'hospitalisation. Une façon simple de faire serait de ne transférer que les renseignements relatifs aux médicaments actifs au moment du départ du patient. Toutefois, l'information sur certains médicaments administrés au cours de l'épisode de soins pourrait s'avérer significative et le fait de ne pas transférer ces données pourrait priver les intervenants futurs d'information précieuse. Une autre façon de faire consisterait à transférer toute l'information cumulée pendant l'épisode de soins et de permettre à l'intervenant qui consulte le dossier de santé de filtrer les données selon des critères qu'il aurait préalablement établis. Ce filtre paramétré par défaut ou modifié au besoin par l'utilisateur pourrait faire en sorte que l'information affichée corresponde aux besoins spécifiques de l'intervenant.

Identifiant du médicament

L'A.P.E.S. aimerait porter à l'attention de la Direction des projets du Dossier de santé du Québec qu'actuellement, l'absence d'identifiant unique pour les médicaments dans les différents systèmes d'information en pharmacie d'établissement pose un problème qui risque de compliquer le transfert et l'utilisation des données sur les médicaments provenant de ces systèmes. Avant de pouvoir penser à alimenter cette catégorie de renseignements à partir du dossier pharmacologique d'un établissement, il faudra d'abord déterminer un identifiant unique et prévoir les modalités de fonctionnement lorsque cet identifiant n'existe pas (par exemple, au moment du service d'un médicament non homologué par Santé Canada et distribué par l'entremise du Programme d'accès spécial, d'un médicament en étude clinique n'ayant pas reçu l'avis de conformité de Santé Canada ou d'une préparation magistrale nouvellement et spécialement conçue pour un patient en particulier). D'autre part, il faudra s'assurer que les fournisseurs de logiciel de pharmacie d'établissement prévoient un champ pour l'inscription de cet identifiant unique, lequel n'est pas nécessairement disponible dans tous les systèmes actuellement.

Dose

Il faudrait ajouter un élément « dose » au paragraphe 6° de l'article 1 puisque cet élément se distingue de la teneur ou de la concentration du médicament (qui caractérise plutôt le médicament) et est généralement stocké dans un champ indépendant de la posologie (qui fait, elle-même, plutôt référence à la fréquence d'administration) dans la plupart des systèmes d'information en pharmacie. Il est à noter qu'afin d'éviter toute

confusion, la dose doit être exprimée en milligrammes (mg), en unités (U), en millimoles (mmoles) ou en milliéquivalents (mEq), par exemple, et non en comprimés, en capsules ou en millilitres (ml).

Nom générique

Dans un souci d'uniformiser le vocabulaire avec celui d'autres textes légaux québécois (Lois et règlements sur la pharmacie, notamment), on devrait remplacer « nom générique » par « dénomination commune » au paragraphe 6° a. Par ailleurs, puisque l'identifiant d'une préparation magistrale n'est ni une dénomination commune, ni un nom commercial, il faudrait également ajouter le « nom de la préparation magistrale » en plus du nom de chaque ingrédient qui la compose. Il est à noter que ce nom devra pouvoir être stocké dans un champ texte puisqu'il ne pourra se trouver dans un référentiel dans tous les cas.

De plus, il faudra considérer le fait qu'en établissement de santé, le nom commercial du médicament inscrit au dossier pharmacologique comme délivré n'est par toujours celui qui aura été délivré et administré dans les faits. En effet, en établissement de santé, la pratique permet la récupération des médicaments délivrés et non administrés si ces derniers sont emballés unitairement et que les conditions d'entreposage d'usage ont été respectées. En cas de rupture d'inventaire, la pharmacie doit temporairement s'approvisionner chez un autre fournisseur. Même si toutes les mesures possibles sont prises afin d'écouler le produit du fournisseur habituel avant de mettre en circulation celui du fournisseur temporaire, il peut s'avérer que des doses récupérées d'anciennes prescriptions ou d'autres qui sont disponibles dans les réserves d'étage soient utilisées à la place du produit inscrit au dossier du patient. Le nom commercial du médicament transféré au service de conservation risque donc de ne pas être celui réellement administré dans certains cas. Cette situation peut également survenir lors des modifications de contrats d'approvisionnement et des changements de fournisseurs.

Durée de traitement et date de fin de prise du médicament

En établissement de santé, l'élément « durée, en jours, de traitement » prévu au paragraphe 6° h s'exprime par une date de début et une date de fin de traitement. Ainsi, en prenant pour acquis que les renseignements concernant la médication seront transmis au service de conservation à la fin de chaque épisode de soins, ce qui nous apparaît d'ailleurs comme la meilleure solution, la durée effective de traitement pourrait être calculée à partir des dates de début et de fin de traitement stockées dans le système source. Pour les ordonnances actives à la fin d'un épisode de soins, la date de fin de traitement correspondrait alors à la date de fin de l'épisode de soins.

Par ailleurs, bien que la date de fin prévue de prise du médicament mentionnée au paragraphe 6° k figure au dossier pharmacologique de l'établissement et trouve son utilité pendant la durée de l'épisode de soins, cet élément n'apporte aucune information additionnelle aux autres données transmises à partir d'un établissement de santé.

Pour les raisons mentionnées ci-dessus, nous croyons que les modifications apparaissant au paragraphe 6° j de la version du 14 décembre 2006 du projet de règlement ne tiennent pas compte des données qui proviendront des établissements de santé. En effet, dans l'éventualité où les données sur les médicaments ne seront transmises qu'à la toute fin de l'épisode de soins, les dates de début et de fin de prise du médicament transmises correspondront aux dates effectives de début et de fin de traitement et non à celles prévues lors de la délivrance du médicament.

Date de délivrance, quantité délivrée et renouvellements

La date de délivrance et la quantité de médicament délivrée prévues aux paragraphe i et j de la catégorie de renseignements détaillée au paragraphe 6° de l'article 1 sont peu pertinentes à la pratique de la pharmacie en établissement de santé. En effet, la durée de service des médicaments dans les départements et services de pharmacie des établissements de santé est déterminée par les modalités d'émission et d'exécution des ordonnances en vigueur. Cette durée peut varier entre 24 heures et plusieurs jours selon l'établissement, la clientèle ou le médicament. La date de délivrance ainsi que la quantité délivrée à chaque service n'ajoute rien à l'information déjà transmise sur la durée de traitement (elle-même calculée à partir des dates de début et de fin de traitement) dans un contexte où ce qui est prescrit et valide, est théoriquement délivré et administré. Pour cette raison, et afin de ne pas surcharger le dossier de santé avec une quantité importante d'information inutile, l'A.P.E.S. recommande que ces éléments ne soient pas transférés du dossier pharmacologique de l'établissement au service de conservation et que le transfert de renseignements se fasse uniquement après la fin de l'épisode de soins. Pour les raisons déjà mentionnées plus haut, le nombre de renouvellements autorisés et restants (paragraphe 6° l) ne s'applique pas non plus en établissement de santé.

Prescripteur et pharmacien instrumentant

En établissement de santé, le patient étant sous la responsabilité du médecin traitant, toutes les ordonnances au dossier sont théoriquement approuvées par ce dernier. Ainsi, le prescripteur réel n'est pas toujours identifié au dossier pharmacologique, la totalité des ordonnances pour un patient étant le plus souvent associées au médecin traitant. Les éléments énumérés au paragraphe 6° m permettant d'identifier le prescripteur ne pourront donc être transférés de façon systématique au service de conservation. De même, puisque la validation des ordonnances n'est pas toujours effectuée ou consignée électroniquement, le pharmacien qui valide l'ordonnance n'est pas toujours identifié au dossier pharmacologique informatisé et l'information ne pourra parfois donc pas être transférée au service de conservation tel que prévu au paragraphe 6° o.

Cessation ou modification

Actuellement, les systèmes d'information en pharmacie d'établissement ne permettent pas tous d'enregistrer un motif de cessation ou de modification d'une ordonnance et de l'associer à cette ordonnance, tel qu'il est suggéré au paragraphe 6° p. Le motif de cessation ou de modification étant d'ailleurs rarement transmis par le prescripteur, on se

questionne sur la pertinence de ce renseignement. Ce point amène aussi l'A.P.E.S. à s'interroger sur les modalités de mise à jour du profil pharmacologique actif constitué dans le cadre du dossier de santé. Les prescripteurs autorisés auront-ils l'autorisation de cesser directement un médicament délivré? Sinon, qu'advient-il des ordonnances qui ne sont jamais officiellement cessées et qui, faute de communication entre le prescripteur et le pharmacien, demeureront au dossier pharmacologique actif jusqu'à la fin de leur période de validité initiale? De même, certains médicaments inscrits au dossier pharmacologique en pharmacie privée et même en établissement de santé ne sont parfois délivrés que plus tard, soit à la demande du patient, soit en raison de non disponibilité du produit. En établissement de santé, il est également possible qu'un médicament soit inscrit volontairement au dossier pharmacologique même s'il n'est pas administré de façon à éviter un oubli de prescription à la suite d'un arrêt temporaire de traitement. Ces médicaments figureront-ils au dossier de santé? Si oui, de quelle manière seront-ils inscrits?

Notes d'observation

Nous remarquons qu'aucune possibilité n'est prévue au dossier de santé pour l'ajout de notes d'observations cliniques. Or, de l'avis de l'A.P.E.S., plusieurs situations peuvent justifier l'inscription de telles notes. En voici quelques exemples :

- Une digoxinémie faite 2 ou 3 heures après l'administration d'une dose de digoxine pourrait amener un prescripteur à diminuer une dose en apparence trop élevée. Or, une note indiquant que le prélèvement a été fait au mauvais moment éviterait un ajustement de dose inutile et potentiellement dangereux pour le patient. Afin de tirer le meilleur profit d'une note d'observation de ce genre, cette note devrait être directement et visuellement associée au résultat de laboratoire en plus d'être signée et horodatée par l'intervenant qui a constaté l'erreur. L'association d'un commentaire à une cellule d'une feuille Excel est suggérée à titre d'exemple pour illustrer la façon dont pourraient être inscrites les notes d'observation.
- La non fidélité d'un patient à son traitement antihypertenseur pourrait inciter un prescripteur à augmenter la dose d'un médicament ou à en ajouter un autre sur la base d'une fausse présomption d'inefficacité du traitement. Or, une note laissée par un pharmacien qui aurait détecté le problème pourrait éviter un ajustement de traitement non justifié et potentiellement à risque d'effets indésirables. Dans ce cas, la note d'observation laissée par le pharmacien devrait être associée au médicament délivré.
- Sur réception d'un INR trop élevé, un médecin communique avec son patient pour lui dire de diminuer sa dose de Coumadin^{MD} de moitié, et ce, jusqu'à nouvel ordre. Le patient est informé par son médecin qu'il peut simplement couper ses comprimés en deux et aucune ordonnance n'est émise pour ce patient. Une semaine plus tard, le patient est admis d'urgence à l'hôpital et tout laisse croire que la dose de Coumadin^{MD} qu'il prend est celle inscrite sur la fiole qu'il remet avec ses autres médicaments à l'infirmière. La prescription est ainsi recopiée au dossier de l'hôpital et le patient recevra deux fois la dose de Coumadin^{MD} que celle qu'il prend, de fait, depuis une semaine. Dans ce cas, une note laissée par le médecin

traitant et associée à la dernière ordonnance de Coumadin^{MD} délivrée aurait permis d'éviter la prescription d'une dose trop élevée.

L'Association tient à préciser qu'elle ne considère pas que la possibilité d'inscrire une note d'observation au dossier de santé relève le pharmacien ou tout autre professionnel, d'ailleurs, de son devoir de communiquer directement avec le prescripteur pour l'aviser de ses observations. Néanmoins, dans l'éventualité où il lui serait impossible de le faire immédiatement ou encore, où le patient serait pris en charge par un autre médecin que son médecin traitant, la possibilité de transmettre ces observations par l'intermédiaire du dossier de santé apparaît comme un atout majeur par rapport à la situation actuelle. L'A.P.E.S. suggère donc que soient prévues au règlement les modalités permettant aux cliniciens habilités d'ajouter des notes d'observation complémentaires et spécifiques aux renseignements transférés à partir d'un système source.

Masse corporelle

L'ajout de la masse corporelle au nombre des éléments relatifs à la médication dans la version du projet de règlement modifiée le 14 décembre 2006 mérite quelques commentaires. D'abord, bien que la masse corporelle soit nécessaire, dans certains cas, pour estimer ou calculer la dose de médicament requise, une valeur inscrite sans référence temporelle et identification de la provenance (estimation, questionnaire, pesée, nom de l'intervenant qui a inscrit le renseignement, etc.) risque fort d'être peu utile ou même de conduire à une mauvaise évaluation. La masse corporelle ne peut donc être fiable que si elle est assortie d'une date et de précisions quant à sa provenance. De plus, en admettant que cette donnée puisse malgré tout s'avérer utile, elle devrait plutôt se trouver dans la catégorie « données d'urgence » puisqu'elle ne constitue pas un élément lié à la médication et qu'elle n'est pas mentionnée au paragraphe 6° de l'article 520.9 de la Loi.

SECTION II : PÉRIODE D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS CONSERVÉS

Au premier alinéa de l'article 4, on mentionne que les renseignements visés au paragraphe 3° (allergies et intolérances) du premier alinéa de l'article 520.9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont utilisés pendant toute la durée au cours de laquelle la personne concernée maintient son consentement à la conservation des renseignements qui la concernent. On ajoute toutefois que ceux qui sont remplacés à l'occasion d'une mise à jour ne sont plus utilisés. L'A.P.E.S. s'interroge sur les modalités de mise à jour des données qui concernent les allergies et intolérances ainsi que sur la conciliation des données pouvant provenir de multiples sources (voir section III du projet de règlement). Il faudrait éviter, par exemple, qu'une allergie inscrite par un intervenant habilité puisse être retirée par un autre intervenant. L'idéal serait, encore une fois, de permettre à un intervenant habilité d'ajouter une note complémentaire fournissant ainsi au clinicien qui consulte le dossier de santé par la suite, des renseignements additionnels qui lui permettraient de mieux interpréter l'information factuelle qui y est inscrite. Par exemple, la mention d'une allergie à la pénicilline documentée seulement sur la base

d'une réaction cutanée pourrait être bonifiée ultérieurement par le résultat d'un test d'allergie à la pénicilline.

Au troisième alinéa du même article, nous remarquons que, contrairement aux renseignements relatifs aux résultats d'analyse ou d'examen de laboratoire et aux résultats d'examen d'imagerie médicale, aucun renseignement concernant la médication ne pourra être utilisé après une période de dix ans à compter de la date de leur transmission. Or, dans le but de faire le meilleur choix de traitement possible, il pourrait être utile d'accéder à l'historique pharmacologique pour identifier certains médicaments administrés il y a plus de dix ans : les médicaments de chimiothérapie ou les antidépresseurs, par exemple. Comme il est impossible de sélectionner les médicaments qui devraient être conservés plus de dix ans, nous croyons qu'il pourrait être opportun d'accorder aux renseignements compris dans la catégorie de renseignements visée au paragraphe 6° la même période d'utilisation que celle attribuée aux renseignements compris dans les catégories de renseignements visées aux paragraphes 4° et 5°.

SECTION III : PROFILS D'ACCÈS DES INTERVENANTS HABILITÉS

Imagerie médicale

Au paragraphe 5° de l'article 5, on note que les pharmaciens ne font pas partie des intervenants habilités à recevoir communication des renseignements relatifs aux résultats d'examen d'imagerie médicale. Or, de l'avis de l'A.P.E.S., certaines situations peuvent justifier que les pharmaciens qui exercent en établissement de santé aient accès à ces renseignements. En voici quelques exemples :

- Un pharmacien à l'urgence consulté pour déterminer quel est le meilleur choix d'antibiotique doit avoir accès à un résultat d'ECG pour valider la sécurité d'un traitement avec une quinolone ou un macrolide.
- Un pharmacien en oncologie doit pouvoir consulter les rapports de ventriculographie radio-isotopique avant d'autoriser la préparation d'un traitement à base d'anthracycline, réputé pour sa cardiotoxicité.
- Un pharmacien doit également tenir compte des résultats d'échographie cardiaque, lorsque disponibles, pour valider une ordonnance de rosiglitazone (Avandia^{MD}).

En conséquence, et afin de ne pas limiter la pratique des pharmaciens en établissements de santé, l'A.P.E.S. recommande que les pharmaciens soient ajoutés à la liste des intervenants habilités à consulter les renseignements compris dans la catégorie de renseignements concernant les résultats d'examen d'imagerie médicale.

Données d'urgence

Au paragraphe 8° de l'article 5, l'A.P.E.S. est surprise de constater que les pharmaciens sont exclus de la liste des intervenants habilités à consulter les renseignements inscrits

dans les données d'urgence, d'autant plus que les orientations préconisées par l'équipe de pilotage des Systèmes québécois d'information sur les médicaments (SQIM) laissent penser que l'information relative aux médicaments administrés dans le cadre d'un protocole de recherche ou à d'autres produits pharmaceutiques non inclus dans la définition d'un médicament sera consignée dans cette catégorie. Comme nous avons déjà exprimé nos réserves par rapport à la fragmentation de l'information sur les médicaments, nous assumerons ici que nos commentaires seront pris en compte, que les orientations préconisées à ce sujet seront révisées et que tous les renseignements relatifs aux médicaments seront regroupés dans la catégorie concernant la médication. Cela étant dit, nous aimerions soumettre d'autres exemples qui justifient qu'on ajoute les pharmaciens à la liste des intervenants habilités à consulter les renseignements inscrits dans les données d'urgence :

- Toutes les ordonnances de médicaments émises à l'urgence d'un établissement de santé doivent être validées par un pharmacien. Pour valider ces ordonnances, le pharmacien doit avoir accès à toute l'information disponible et utile. Des renseignements tels que certaines contre-indications ou diagnostics, la présence d'une bactérie multirésistante et la grossesse ne sont que quelques éléments qui peuvent influencer le choix de traitement et qui se retrouveront dans cette catégorie de renseignements. Il est en outre possible que dans un contexte d'urgence, les seuls renseignements disponibles puissent se limiter à ceux qui se trouvent au dossier de santé.
- Certains pharmaciens en établissements de santé œuvrent en CLSC où ils doivent être en mesure d'identifier un aidant naturel pour compléter leurs interventions.
- La simple validation d'une ordonnance de clopidogrel (Plavix^{MD}) exige du pharmacien qu'il vérifie si le patient est porteur ou non d'une endoprothèse vasculaire (stent).
- Les pharmaciens peuvent dorénavant ajuster la thérapie anticoagulante en vertu d'une ordonnance collective les y autorisant. Or, pour ajuster le degré d'anticoagulation et pour valider l'ordonnance à cet effet, ils doivent être en mesure de vérifier si le patient souffre de fibrillation auriculaire ou est porteur de valve mécanique ou autre.

Par ailleurs, contrairement à ce qui est prévu au paragraphe 8° de l'article 7, l'A.P.E.S. considère qu'il pourrait être utile d'habiliter les pharmaciens à transmettre certaines données d'urgence. Citons en exemple les pharmaciens qui travaillent en CLSC et qui peuvent être appelés à inscrire une personne contact au dossier du patient ainsi que tous les pharmaciens qui devraient être en mesure d'inscrire la grossesse dans cette catégorie.

En résumé, afin de permettre aux pharmaciens d'exercer pleinement leur rôle, l'A.P.E.S. recommande que ceux-ci soient ajoutés à la liste des intervenants habilités à consulter les renseignements compris dans la catégorie de renseignements concernant les données d'urgence.

Transmission des renseignements

L'article 7 soulève plusieurs questions quant aux modalités de transmission des données. On s'interroge entre autres sur la définition du terme transmission. S'agit-il de l'action qui consiste à envoyer électroniquement la copie des données pouvant être transmises à partir du système source? Si c'est le cas, un assistant technique en pharmacie devrait y être autorisé puisque les étapes qui consistent à valider les données et les renseignements sont réalisées à l'intérieur même du système de pharmacie avant que les données soient transmises. Par contre, s'il s'agit plutôt de l'action de valider ou de signer électroniquement les informations qui seront transférées au service de conservation et inscrites au dossier de santé, seuls les professionnels autorisés à le faire devraient y être habilités et les contraintes qui prévalent en établissement de santé ont déjà été mentionnées. Dans un cas comme dans l'autre, l'A.P.E.S. recommande que la transmission des données provenant du dossier pharmacologique en établissement de santé se fasse en une seule opération, idéalement transparente à l'utilisateur, et qu'elle n'exige pas de modifier les processus de travail déjà en place. Pour ce faire, il sera essentiel de prévoir différents scénarios afin de déterminer l'élément déclencheur approprié selon la situation pour la transmission des données (départ du patient ou fermeture de l'épisode de soins pour un patient hospitalisé, validation électronique des ordonnances pour un patient externe, etc.).

CONCLUSION

La loi a confié au pharmacien le rôle d'évaluer et d'assurer l'usage approprié des médicaments afin de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques. Dans l'exercice de ses fonctions, le pharmacien est notamment appelé à surveiller la thérapie médicamenteuse. Pour s'acquitter pleinement de son rôle, il doit avoir accès à tous les renseignements qui peuvent contribuer à son évaluation et influencer sur ses décisions.

En établissement de santé, le pharmacien est membre à part entière de l'équipe soignante. Son implication s'étend autant à la clientèle ambulatoire – à l'urgence, en clinique externe, à l'unité de médecine de jour et en CLSC – qu'à la clientèle hospitalisée ou hébergée. En conséquence, il est appelé, au même titre que le médecin et l'infirmière, à contribuer à la collecte de données et à l'évaluation et doit ainsi être en mesure de pouvoir consulter toutes les sources d'information à sa disposition.

Le dossier de santé du Québec représente, à notre avis, une avancée importante en matière d'accès et de partage d'information pour l'ensemble des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé. L'A.P.E.S. tient à souligner qu'en plus de contribuer à alimenter le contenu du dossier de santé par des renseignements objectifs sur la médication délivrée en pharmacie, le pharmacien pourrait, s'il avait accès à l'ensemble des renseignements cliniques pertinents, contribuer encore d'avantage à améliorer la qualité et la continuité des soins en mettant pleinement à profit son expertise en matière de pharmacothérapie.

Néanmoins, aussi attrayant que puisse paraître un dossier de santé partageable, son utilité sera d'autant plus reconnue si les renseignements qu'il contient sont pertinents et fiables parce que suffisamment documentés, et s'ils peuvent, de surcroît, être aisément et rapidement consultés. À cet égard, nous ne saurions trop insister sur l'importance d'adopter une définition du médicament qui permette de regrouper l'ensemble des renseignements concernant les médicaments tels que définis dans la Loi sur la pharmacie dans une seule catégorie incluant les médicaments prescrits à des fins de recherche et ceux obtenus en vertu du Programme d'accès spécial de Santé Canada.

Par ailleurs, afin de pouvoir utiliser les données provenant des systèmes sources en pharmacie, certaines particularités propres à la tenue du dossier pharmacologique et aux médicaments administrés en établissement de santé devront être prises en considération au moment du développement de la plate-forme technologique, et le contenu du règlement devra être adapté en conséquence.

En terminant, l'A.P.E.S. souhaite rappeler que, dans un contexte de rareté des ressources professionnelles en pharmacie d'établissement, il importe de s'assurer que le règlement concernant les services régionaux de conservation ne contraigne pas les pharmaciens à devoir saisir des données à seule fin d'alimenter le dossier de santé. Les modalités de transmission des renseignements provenant des systèmes sources aux services de conservation devront plutôt être adaptées de manière à ce qu'elles s'intègrent parfaitement aux processus habituels de travail. La possibilité de pouvoir confier la transmission des données validées par le pharmacien au personnel technique en pharmacie doit se refléter dans le règlement par l'ajout de ces personnes au profil d'accès des intervenants habilités à transmettre les renseignements relatifs aux médicaments.